Bibliothèque Médicale
Charcot-Debove

Dr H. Barbier

La Rougeole



71241

BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION

DE MM.

J.-M. CHARCOT
Professeur à la Faculté de médecine
de Paris,
membre de l'Institut.

G.-M. DEBOVE
Professeur à la Faculté de médecine
de Paris,
médecin de l'hôpital Andral.

BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE

CHARCOT-DEBOVE

VOLUMES PARUS DANS LA COLLECTION

V. Hanot. — La Cirrhose hypertrophique avec ictère chronique.
G.-M. Debove et **Courtois-Suffit.** — Traitement des Pleurésii purulentes.
J. Comby. — Le Rachitisme.
Ch. Talamon. — Appendicite et Pérityphlite.
G.-M. Debove et **Rémond** (de Metz). — Lavage de l'estomac.
J. Seglas. — Des Troubles du langage chez les aliénés.
A. Sallard. — Les Amygdalites aiguës.
L. Dreyfus-Brisac et **I. Bruhl.** — Phtisie aiguë.
P. Sollier. — Les Troubles de la mémoire.
De Sinety. — De la Stérilité chez la femme et de son traitemeni
G.-M. Debove et **J. Renault.** — Ulcère de l'estomac.
G. Daremberg. — Traitement de la phtisie pulmonaire. 2 vol.
Ch. Luzet. — La Chlorose.
E. Mosny. — Broncho-Pneumonie.
A. Mathieu. — Neurasthénie.
N. Gamaleïa. — Les Poisons bactériens.
H. Bourges. — La Diphtérie.
Paul Blocq. — Les Troubles de la marche dans les maladies nerveuses.
P. Yvon. — Notions de pharmacie nécessaires au médecin. 2 vol.
L. Galliard. — Le Pneumothorax.
E. Trouessart. — La Thérapeutique antiseptique.
Juhel-Rénoy. — Traitement de la fièvre typhoïde.
J. Gasser. — Les Causes de la fièvre typhoïde.
G. Patein. — Les Purgatifs.
A. Auvard et **E. Caubet.** — Anesthésie chirurgicale et obstétricale.
L. Catrin. — Le Paludisme chronique.
Labadie-Lagrave. — Pathogénie et traitement des Néphrites et du mal de Bright.
E. Ozenne. — Les Hémorroïdes.
Pierre Janet. — État mental des hystériques. — Les stigmates mentaux.
H. Luc. — Les Névropathies laryngées.
R. du Castel. — Tuberculoses cutanées.
J. Comby. — Les Oreillons.
Chambard. — Les Morphinomanes.
J. Arnould. — La Désinfection publique.
Achalme. — Érysipèle.
Pierre Boulloche. — Les Angines a fausses membranes.
E. Lecorché. — Traitement du diabète sucré.
Barbier. — La Rougeole.

POUR PARAITRE PROCHAINEMENT

L. Capitan. — Thérapeutique des maladies infectieuses.
Legrain. — Microscopie clinique.
Richardière. — La Coqueluche.
Boulay. — Pneumonie lobaire aiguë. 2 vol.
A. Sallard. — Hypertrophie des Amygdales.
F. Verchère. — La Blennorrhagie chez la femme.. 2 vol.
E. Barié. — Bruits de souffle et bruits de galop.

Chaque volume se vend séparément. Relié : **3 fr. 50.**

LA
ROUGEOLE

PAR

LE D[R] H. BARBIER

Ancien interne lauréat des Hôpitaux.



PARIS

RUEFF ET C[IE], ÉDITEURS

106, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 106

—



DE LA ROUGEOLE

La rougeole est une pyrexie contagieuse, épidémique, caractérisée cliniquement par une éruption de nature spéciale, affectant simultanément les muqueuses et la peau. Son importance est moins grande, la plupart du temps, du fait des accidents qu'elle provoque par elle-même que des complications redoutables dont elle est l'origine.

Elle se manifeste par des cas isolés dont l'origine *contagieuse* n'est pas douteuse, ou bien elle frappe tout un groupement humain vivant dans des conditions communes; elle sévit alors *endémiquement* dans les villes ou dans certaines contrées; tantôt au contraire elle revêt une allure *épidémique*, faisant de nombreuses victimes dans un rayon plus ou moins étendu de pays. Bien qu'on en retrouve des descriptions dans les auteurs les plus anciens du moyen âge, elle a été confondue à cette époque avec la variole et avec la scarlatine. De nos jours on en a séparé encore les *roséoles*, et plus récem-

ment la *rubéole*. Elle a été désignée pendant longtemps sous le nom de *morbillus*, — ou de *blacciæ* (papules).

D'après Bateman, Blache et Guersant, son nom de *morbillus* viendrait du mot italien *morbo* (petite peste), dénomination qui laisserait soupçonner sa gravité, plutôt que du latin *morbillus*, traduit par maladie de peu d'importance.

On la trouve encore désignée sous différents noms : *morbilli, febris morbillosa, rubeola, cauma rubeola, exanthesis rubeola, synocha morbillosa, dermite morbilleuse; masern* en allemand, *measles* en anglais, *rosolia* en italien [1].

1. Nous croyons devoir, dans la suite de cet ouvrage, rejeter l'épithète « rubéolique » appliquée à cette fièvre éruptive et qui prête à la confusion avec la rubéole, pour n'employer que les mots « morbilleux » ou « rougeoleux », qui ne laissent aucun doute dans l'esprit.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Origines et dates d'apparition de la rougeole en Europe. — Confusion avec la variole et avec la scarlatine. — Rhazès la distingue, au IXe siècle, de la variole; Sydenham, au XVIIIe, de la scarlatine. — Époque moderne : travaux sur la contagion, sur l'épidémiologie, sur la prophylaxie. — Recherches bactériologiques.

Historique.

La rougeole paraît bien être une maladie importée en Europe, et venant d'Orient ou d'Afrique. Cependant quelques auteurs, — Willan entre autres, — ont aussi retrouvé dans les anciens auteurs grecs et latins des descriptions pouvant se rapporter à cette maladie. Mais il semble résulter des recherches historiques de Gruner qu'elle fut introduite en Europe et en France vers le VIIe ou le VIIIe siècle de notre ère, et qu'elle fut contemporaine, avec la variole, de l'invasion des Sarrasins.

De là elle aurait été importée en Amérique beaucoup plus tard, vers 1518 (Rayer[1]).

Pendant toute la durée du moyen âge et jusqu'au XVIIe siècle, elle fut confondue avec la variole et avec la scarlatine, et l'on chercha dans telle ou telle condition épidémique la raison pour laquelle elle prenait tantôt l'aspect de la rougeole, tantôt celui de la variole (Sennert).

Les premières mentions écrites que nous en ayons, très confuses encore, nous viennent des médecins arabes. Rhazès, qui vivait au IXe siècle, en a laissé une description, où il semble la séparer de la variole, puisqu'il donne à la rougeole un nom spécial — *Hhasbah;* mais cette distinction est encore bien obscure.

Au Xe siècle Avicenne, au XIe siècle Constantin l'Africain, s'en occupèrent. Ce dernier lui donna le nom de *morbillosi*, qu'elle conserva par la suite.

Les épidémies du XVIIIe siècle provoquèrent des travaux importants. Huxham (épidémie de 1745) observa et consigna les troubles intestinaux, la gangrène de la bouche. Morton, qui observa les mêmes épidémies que Sydenham, en 1760 et 1764, confond encore la rougeole avec la scarlatine, et établit entre ces deux maladies le même rapport qu'entre la varioloïde et la variole.

C'est à Sydenham qu'on doit la distinction, pour la première fois nettement faite, entre la rougeole, la variole et la scarlatine. Les épidémies de Londres

1. Rayer, *Traité des maladies de la peau*, t. I.

de 1760 et de 1764 lui fournirent les éléments de ce diagnostic important.

Après lui Borsieri décrivit les formes bénignes et malignes qu'elle peut revêtir. Plus tard Willan vit la rougeole hémorrhagique (rougeole noire), etc.

Les travaux cliniques de l'école française ont depuis lors puissamment contribué à l'étude de cette maladie, et surtout à celle de ses complications.

Après Watson, Willan, Bateman, Rosen, les noms de Blache et Guersant, Rilliet et Barthey, Trousseau, sont attachés à l'histoire complète de la maladie.

Cependant les recherches nouvelles des observateurs accumulaient les travaux concernant la contagion, l'épidémiologie, la prophylaxie et les complications de la rougeole. M. Girard, de Marseille, établit un des premiers que, contrairement à l'opinion admise jusqu'alors, la rougeole est contagieuse surtout à la période d'invasion des muqueuses. Les nouvelles données acquises par la suite sur ce sujet furent résumées dans la thèse de doctorat de M. Béclère. Elles eurent pour résultat un fait important dans l'histoire nosocomiale de la rougeole, je veux dire l'isolement des rougeoleux dans des pavillons spéciaux. Les conditions de propagation à l'hôpital et en ville, les mesures à prendre pour les éviter, furent ensuite plus spécialement étudiées par un certain nombre d'observateurs et discutées dans les sociétés scientifiques. Les noms de MM. Grancher, Ollivier et Sevestre sont plus particulièrement attachés à cette période.

L'épidémiologie de la rougeole ne fut pas négligée par les médecins qui exercent en dehors des grands centres, et des relations intéressantes et instructives parurent notamment dans la littérature française. Après Panum, dont la relation est restée fameuse de l'épidémie qui sévit sur les îles Feroë, on doit à MM. Colin, Laveran, Hecquet (Abbeville), Gassot (Chevilly), Lardier (Rambervillers), etc., etc., des documents précieux.

M. Bard a consacré à ces questions un important travail dans la *Revue d'hygiène* de 1891.

Au point de vue bactériologique nous ne connaissons pas encore le microbe spécifique de la rougeole. Cependant ces recherches n'ont pas été stériles surtout en ce qui concerne la pathogénie des associations morbides habituelles à la rougeole. MM. Coze et Feltz, Babesin, Pielicke et Canon ont décrit un bacille particulier dont nous retrouverons plus loin la description.

Le diagnostic de la rougeole s'est également précisé. On en a séparé les différentes variétés de roséoles, la rubéole, enfin différents érythèmes infectieux survenant dans le cours de certaines maladies générales. La thèse de M. Lavy est un bon travail d'ensemble sur les exanthèmes morbilliformes dans la fièvre typhoïde. L'important mémoire de M. Hutinel paru dans les *Archives générales de Médecine* vient de compléter ce point de doctrine et de pratique.

Les complications de la rougeole sont en train de subir l'évolution que les recherches bactériolo-

giques ont amenée dans leur conception générale. L'intervention des infections secondaires a éclairé d'un jour particulier leur pathogénie et leur prophylaxie, notamment en ce qui concerne la bronchopneumonie. Nous retrouverons ailleurs ce chapitre, mais nous devons mentionner comme un des premiers travaux parus sur ce sujet la thèse de H. Gontier (de Lyon) (1888) et les publications de M. Bard[1].

L'anatomie pathologique s'est enrichie des travaux de MM. Demme et Catrin.

Enfin le traitement, lui aussi, a bénéficié du progrès de ces dernières années, et l'application de la balnéation froide a donné à M. Dieulafoy les meilleurs résultats.

De nombreuses monographies et des travaux cliniques importants ont été publiés sur la rougeole: Nous devons mentionner parmi ceux auxquels nous avons fait de nombreux emprunts : les articles de M. Sanné dans le *Dictionnaire encyclopédique*, et de M. d'Espine dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, de Thomas dans l'*Encyclopédie* de Ziemssen, qui renferment l'histoire complète de la rougeole; l'article rougeole dans les excellentes *Leçons cliniques sur les maladies des enfants* de Henoch, et les pages qui sont consacrées à cette maladie dans le *Traité clinique des maladies des enfants de* M. de Gassicourt, dans l'ouvrage de M. Descroizilles, dans ceux de MM. Rilliet et Barthez, d'Espine et Picot, Barthez et Sanne, etc.

1. Voyez le volume de cette collection consacré spécialement aux *complications de la rougeole.*

Nous n'avons pu, dans ce court aperçu, citer tous les auteurs qui depuis quelque temps ont apporté à la question l'appui de leurs recherches. On les retrouvera dans le cours de ce travail et dans la bibliographie.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET BACTÉRIOLOGIE

I. Lésions macroscopiques et microscopiques de la *peau*. — Lésions hyperhémiques, lésions nécrosiques des cellules malpighiennes dans la forme boutonneuse. — Phlyctènes. — Infiltration leucocytique.

II. Lésions catarrhales des *muqueuses*. — Lésions du *larynx*. — Infiltration leucocytique. — Altérations des follicules lymphatiques. — Lésions vésiculeuses des cellules épithéliales. — Altération des *ganglions lymphatiques*. — Lésions *humorales* et *viscérales*.

III. *Microbiologie*. — Bacilles. — Micro-organismes associés.

Anatomie pathologique.

La lésion fondamentale de la rougeole est constituée par une éruption qui atteint à la fois les muqueuses et la peau. Les altérations des muqueuses représentent objectivement ce qu'on désigne sous le nom de *catarrhe des muqueuses*, caractérisé à l'œil nu par de la rougeur, du gonflement et une sécrétion muqueuse ou muco-purulente plus ou

moins abondante et plus ou moins épaisse. Elles portent sur toutes les muqueuses, mais plus spécialement sur celles qui sont accessibles à l'air : les conjonctives, le nez, le pharynx, la bouche, les amygdales, le larynx et l'arbre trachéobronchique. La muqueuse intestinale, celle des organes génitaux externes, celle de la trompe d'Eustache, peut-être celles des sinus peuvent être envahies. Peu important le plus souvent en lui-même, le catarrhe des muqueuses prend au contraire une valeur dominante dans l'opportunité des complications. (Voyez le volume consacré aux complications de la rougeole.)

L'éruption cutanée est caractérisée par des taches — macules, quelquefois papules, — tantôt ponctuées, tantôt atteignant la dimension d'une lentille ou d'une pièce de 0 fr. 50 ou plus, roses, rouges ou même violacées et hémorrhagiques, à contours nets et souvent surélevés — rougeole boutonneuse — arrondies ou affectant la forme polycyclique ou en corymbes. Lorsqu'elles ne sont pas hémorrhagiques elles s'effacent sous le doigt. Entre elles, la peau conserve son aspect, ses propriétés et sa coloration normales. Le tissu cellulaire sous-cutané est indemne.

En dehors de ces lésions, qui peuvent à elles seules représenter toutes les tares morbilleuses, il y a à considérer cependant les altérations humorales et viscérales dues au même principe morbide. D'une façon générale, celles-ci sont peu intenses. La rougeole, bien qu'étant de par sa nature, ainsi que nous le verrons, *une maladie essentielle-*

ment humaine, ne laisse pas en général d'empreinte profonde sur l'organisme. Il y a lieu à cet égard de séparer nettement les altérations viscérales ou autres qui sont provoquées par les complications dont la rougeole a été l'occasion. Celles-ci, étant la plupart du temps l'œuvre de microbes divers, variables selon les cas, n'ont plus qu'une relation d'origine avec la rougeole, et dépendent essentiellement des microbes nouveaux qui sont en jeu.

I. *Lésions de la peau.* — Les lésions de la peau sont représentées par une hyperhémie des vaisseaux du corps muqueux de Malpighi, s'accompagnant parfois (rougeole boutonneuse) d'un léger exsudat inflammatoire et en tout cas d'une infiltration leucocytique autour des vaisseaux, autour des follicules pilo-sébacés, autour des glandes sudoripares, ainsi que dans la couche superficielle des papilles et dans la couche profonde de l'épiderme au pourtour des lésions cellulaires que nous allons décrire.

Le tissu cellulaire sous-cutané est en général pur de toute lésion hyperhémique ou autre. Si la poussée congestive est très violente, il peut se faire des raptus vasculaires au niveau des taches, amenant la teinte ecchymotique de celles-ci.

Il faut se garder de confondre cet état avec les pétéchies, lesquelles, symptomatiques d'une rougeole grave, siègent avec leurs caractères particuliers en dehors de l'éruption rougeoleuse proprement dite. Dans la *forme ecchymotique*, le tissu

cellulaire sous-cutané est quelquefois le siège d'infiltration sanguine: exceptionnellement il peut être œdématié.

A côté des lésions hyperhémiques et exsudatives, lésions banales, M. Catrin a décrit récemment dans la rougeole boutonneuse un processus spécial, qui semblerait être dû à l'action propre du germe ou du poison morbilleux. Les lésions auxquelles il aboutit, et qui ont pour siège les cellules du corps muqueux de Malpighi, sont la conséquence d'une véritable nécrose sur place des éléments cellulaires. Ces foyers nécrosiques, par leur confluence, forment alors, au milieu des zones envahies par l'hyperhémie et par la diapédèse des globules blancs, des amas amorphes, limités en dehors par les cellules de l'épiderme normal, constituant ainsi de véritables *phlyctènes*, mais phlyctènes d'une nature particulière, dont le contenu, non liquide, est précisément constitué par les masses nécrosées des cellules malpighiennes.

Voici comment la lésion se produit.

Dans la zone périnucléaire ou endoplastique des cellules du corps de Malpighi, il se fait une accumulation de *globes colloïdes*, sous forme d'une substance réfringente à éclat gras. Ce globe refoule le noyau ou l'entoure. Dans d'autres cellules, on trouve plusieurs de ces globes, sous forme de masses mûriformes, refoulant l'exoplasme et finissant par le rompre.

Dans le voisinage du derme ou en plein corps muqueux, il se forme, par confluence des cellules

ainsi altérées, ce que M. Catrin appelle *des lignes de nécrose par coagulation* au niveau desquelles on trouve un magma constitué par les globes colloïdes, des globules blancs, des cellules malpighiennes altérées et des filaments de fibrine. Selon que ce magma est plus ou moins profondément situé, il donne lieu à la production de phlyctènes; mais le contenu de ces phlyctènes n'est pas liquide, constitué qu'il est par le magma cité plus haut par un peu de liquide et par des globules blancs. Il est par conséquent solide ou tout au plus mou. Il ne remplit pas complètement sur le cadavre la cavité de la phlyctène; mais au-dessus et au-dessous de lui, il existe un espace clair rempli, pendant la vie, probablement par du liquide et des globules blancs.

L'infiltration lymphatique est toujours abondante au pourtour de ces lésions. Quand les phlyctènes sont profondes, on trouve en général au-dessus d'elles un décollement de la couche épidermique de Malpighi. En dessous, on observe, comme dans les phlyctènes vraies, un clivement de l'ectoderme.

Selon leur abondance, la desquamation se fera par lambeaux, ce qui est rare, ou par écailles furfuracées, ce qui est la règle.

C'est la réunion des lésions hyperhémiques et de ces lésions nécrosiques qui caractérise la lésion typique de la rougeole.

II. *Lésions des muqueuses*. — Les altérations des muqueuses sont surtout des altérations catarrhales,

caractérisées par des lésions d'irritation épithéliale, par de la congestion, par du gonflement et par une infiltration leucocytique légère du derme et des glandes, se traduisant par une sécrétion muco-purulente plus ou moins abondante.

Le système lymphatique, représenté par les follicules clos des muqueuses, semble être pris de préférence; on observe alors le gonflement des follicules et des plaques de Peyer dans l'intestin. Des modifications du même ordre se passent dans ceux du larynx en particulier, où des ulcérations peuvent se produire.

En dehors de celles-ci, on peut dire que l'inflammation rougeoleuse est superficielle et que l'ulcération des muqueuses est exceptionnelle[1].

Nous n'insisterons pas sur les lésions de la conjonctive, du nez, de la gorge. Nous manquons d'ailleurs à ce sujet d'examens histologiques complets, et nous sommes forcés à préjuger de la lésion par son aspect clinique.

Les altérations du *larynx* ont été plus spécialement étudiées par Coyne dans sa thèse, dont nous donnons ici un résumé.

A l'autopsie on trouve une rougeur plus ou moins sombre de la muqueuse laryngée, avec gonflement, surtout au niveau de cordes vocales su-

1. Il est bien entendu qu'il s'agit seulement de l'inflammation spécifique, en dehors de toute complication étrangère. Il y aurait le plus grand intérêt à faire des examens bactériologiques nombreux pour fixer définitivement ce qui revient ou non à la rougeole.

périeures. Cet aspect a pu être observé sur le vivant par l'examen laryngoscopique. La cavité laryngée est rétrécie; les ventricules sont effacés, surtout dans leur partie supérieure. Les glandes sont tuméfiées et soulèvent la muqueuse ; celle-ci, dans toute son étendue, est recouverte par une couche plus ou moins épaisse de muco-pus.

Au microscope, le derme de la muqueuse est infiltré de leucocytes accumulés surtout autour des glandes et autour des vaisseaux, à qui ils forment des manchons assez épais. Ils sont également amoncelés dans la couche la plus superficielle de la muqueuse, au-dessous de la membrane limitante.

Les follicules lymphatiques tuméfiés font saillie sur la muqueuse; leur réticulum est rempli de corpuscules lymphoïdes qui, dépassant les limites des follicules, infiltrent le tissu sous-jacent, où ils forment des rangées parallèles à la capsule, qu'ils masquent en partie.

Les glandes muqueuses sont augmentées de volume, surtout celles qui siègent dans les cordes vocales supérieures. Le tissu avoisinant la glande ainsi que le canal excréteur de celle-ci sont infiltrés de leucocytes. L'épithélium des culs-de-sac est devenu vésiculeux, les cellules desquamées tombent dans les cavités glandulaires. Au centre de celles-ci on trouve des amas leucocytiques enveloppés d'une matière albuminoïde visqueuse que le carmin ne colore pas, et qu'on voit faire saillie quelquefois par les orifices glandulaires.

L'épithélium reste en général en place, conservant les cils vibratils là où ceux-ci se rencontrent normalement. Cependant il est parfois altéré, surtout au niveau de la corde vocale inférieure. Les cellules sont gonflées, les noyaux volumineux : les premières ont subi l'altération vésiculeuse, et l'épaisseur de leur couche est accrue. Cette altération se généralise même parfois à l'épithélium cylindrique à cils vibratils, qui présente les mêmes altérations vésiculeuses.

Les lésions précoces des *ganglions lymphatiques* correspondant aux muqueuses atteintes ont été signalées par de nombreux observateurs. C'est ainsi qu'on a noté (Trousseau, Rilliet et Barthez, Guéneau de Mussy) l'adénopathie trachéobronchique, l'adénopathie mésentérique. D'une manière générale, la rougeole ne frappe pas d'une façon spéciale le système lymphatique ganglionnaire ; et il est difficile jusqu'ici de faire la part qui revient aux infections secondaires, et celle qui appartient en propre à la rougeole. On tend cependant à admettre que celle-ci, dès son début, peut provoquer des adénopathies spécifiques (Dieulafoy).

III. *Lésions humorales et viscérales.* — Les altérations du *sang* dans les rougeoles qui se terminent par la mort sont probablement d'origine complexe, et on peut vraisemblablement en rattacher une bonne part aux septicémies et aux infections secondaires à la rougeole. Cependant, dans les cas graves, les auteurs ont noté l'aspect diffluent du sang, dont la couleur deviendrait vineuse, foncée, sépia. Je n'ai

jamais rencontré, dans les prises de sang que j'ai faites dans un autre but, chez un certain nombre d'enfants rougeoleux, cet aspect particulier du sang. Et si réellement il peut être dans la dépendance de la rougeole, on doit ne le rencontrer probablement que dans les cas où le germe morbilleux a pris une virulence excessive et traduit son action sur l'organisme par les formes nerveuses de la maladie. Dans certains cas il présente les caractères du sang dissous, colorant les tissus qu'il imbibe.

Mais si ces altérations profondes de la crase sanguine sont rares, il n'en est plus de même d'autres modifications portant sur la valeur quantitative des divers éléments du sang. M. Demme a observé que dans la période fébrile le nombre total des globules rouges descend jusqu'au-dessous de la moitié du chiffre normal. Dans cette période, au contraire, les microcytes, les noyaux libres et les fragments nucléaires sont beaucoup plus abondants. L'accroissement vers la normale du chiffre des globules rouges ne se ferait sentir qu'au commencement de la deuxième semaine. On connaît d'autre part les recherches classiques d'Andral, de Becquerel et Rodier montrant l'abaissement du taux de la fibrine.

Dans l'immense majorité des cas, la rougeole ne laisse aucune trace dans les *viscères*. Elle ne provoque pas de lésions parenchymateuses ou interstitielles, comme par exemple la fièvre typhoïde; elle n'a pas pour un organe une prédilection mor-

bide, comme la scarlatine pour le rein. La plupart des lésions viscérales observées sont dues à des microbes secondaires, et celles-là mêmes dont on a voulu attribuer l'origine à la rougeole, comme l'endocardite par exemple, ne sont pas à l'abri d'une interprétation différente. Aussi nous croyons préférable de laisser pour l'instant cette étude, que nous retrouverons à propos de chacune des complications de la rougeole. Mentionnons seulement la fréquence des complications pulmonaires qui dans certains cas acquièrent une intensité exceptionnelle du fait de la rougeole seule.

Le larynx, l'arbre bronchique sont le siège d'une irritation catarrhale intense. La muqueuse des voies aériennes jusqu'aux plus fines ramifications bronchiques est congestionnée. Elle est recouverte d'une sécrétion muco-purulente analogue à celle du nez et de la conjonctive.

Jusqu'à quel point les alvéoles pulmonaires participent-ils à ce processus phlegmatique, c'est ce qu'il est difficile de préciser en l'état actuel de nos connaissances. On tend à admettre cependant que les lésions proprement dites de la broncho-pneumonie, sont, du moins dans la majorité des cas, dues à des infections surajoutées, infections dans lesquelles le pneumocoque et le streptocoque semblent jouer le rôle prédominant.

Il en est de même des foyers de gangrène pulmonaire sur lesquels nous reviendrons en parlant de complications.

Par analogie avec ce qui se passe dans les bronches

et sur les muqueuses accessibles, on admet une inflammation catarrhale *spécifique* de l'intestin, soit de l'intestin grêle, soit du gros intestin, se traduisant par une sécrétion plus ou moins abondante, cliniquement par la diarrhée. Ici comme pour les bronches on ne connaît pas d'une façon précise les lésions qu'il faut attribuer au germe morbilleux, et celles qui relèvent de l'action des microbes intestinaux au premier rang desquels on peut ranger le *bacterium coli commune*. Cependant l'existence fréquente d'une diarrhée passagère dans les jours qui précèdent l'éruption cutanée, permet de penser que la muqueuse intestinale peut être influencée comme les autres muqueuses, et d'en inférer que la lésion spécifique y présente les mêmes caractères de profondeur et de durée que sur celles-ci.

Cependant le poison morbilleux — ou le germe — peut dans certains cas déterminer des lésions plus profondes. Tant que l'on n'aura pas démontré que les formes hémorrhagiques ou nerveuses ne sont pas des infections simultanées de rougeole et *d'autre chose*, on pourra soutenir que le virus morbilleux peut amener des altérations des vaisseaux et du sang capables de provoquer des hémorrhagies et avoir sur les centres nerveux une action morbide qui se traduit cliniquement par les formes malignes de la maladie.

Si l'on pouvait préjuger de ce qui se passe pour certaines lésions bien étudiées, on pourrait penser que les *lésions morbilleuses dépendent d'un processus de nécrose*. Nous avons déjà insisté sur ce point à

propos des lésions cutanées. On pourra en rapprocher également les altérations du larynx décrites par Coyne et qui aboutissent à l'ulcération des follicules lymphatiques ; les foyers nécrosés rencontrés dans le poumon au niveau des noyaux de broncho-pneumonie, et dans lesquels Morel a noté l'absence de microbes vulgaires, et la présence de *bacilles* qu'il n'a pas pu cultiver (Voyez la *Broncho-pneumonie morbilleuse*). Peut-être que les ulcérations intestinales — du gros et du petit intestin — relèvent de la même origine.

Quoi qu'il en soit, ce sont là des accidents dans le cours de la rougeole ; nous les retrouverons plus tard avec plus de détails. Contentons-nous de conclure ici que dans la rougeole normale, simple, non associée, les viscères ne présentent pas d'altérations graves ou permanentes, et que le poison morbilleux ne laisse pas dans l'organisme les séquelles qu'on y retrouve après l'action du poison diphtérique par exemple ou du poison typhique.

Microbiologie.

On ne connaît pas encore d'une façon certaine et définitive le microbe morbilleux. Les travaux éclos depuis vingt ans sur ce sujet n'ont pas encore établi ce chapitre de l'histoire de la rougeole.

A ce point de vue les premières recherches sont dues, sans conteste, à deux médecins français, MM. Coze et Feltz, qui, en 1871, annoncèrent

qu'ils avaient trouvé dans le sang des rougeoleux des bactéries extrêmement fines et mobiles. Ils avaient vu que le sang recueilli au niveau des boutons renferme plus de bactéries qu'ailleurs ; que le mucus nasal en contenait également au début de l'invasion. Ils établirent une relation entre ces bactéries et la maladie.

La question n'a guère été reprise qu'en 1892. Nous mentionnerons cependant la description par M. Babès, d'un bacille très court, observé une seule fois, et la présence, maintes fois signalée dans la coupe du poumon par différents observateurs qui n'ont pas pu le cultiver, d'un bacille nettement caractérisé.

MM. P. Canon et W. Pielicke ont fait faire un pas de plus à la question. En colorant le sang par le bleu de méthylène au moyen d'un procédé spécial[1], ces observateurs ont vu, dans le sérum, un bacille uniformément teinté, ou seulement coloré à ses extrémités, de façon qu'il simule un diplocoque dont la partie centrale serait seulement colorée sur les bords. Ces bacilles ne se colorent pas par la méthode de Gram.

1. Le sang est étendu sur des lamelles qu'on frotte l'une contre l'autre ; puis, séché à l'air et plongé dans l'alcool absolu pendant cinq minutes au moins. A sa sortie, la préparation est soumise pendant six à vingt heures à l'étuve à 37° à l'action colorante de la solution suivante :

Solut. aq. de bleu de méthylène.	40 gr.
Solut. d'éosine à 0,25 p. 100 d'alcool à 70°.	40 gr.
Eau distillée.	40 gr.

Au bout de ce temps, les bacilles sont colorés en bleu.

Les bacilles ont des dimensions variables, tantôt longs comme le rayon d'un globule rouge, tantôt plus courts, tantôt au contraire plus longs atteignant la longueur d'un globule rouge. Dans ce cas, ils ne se colorent pas d'une façon uniforme, mais sont composés de grains colorés espacés. La coloration n'est jamais intense. Dans ce cas ils sont souvent recourbés.

Leur abondance dans le sang est très variable; ils y sont tantôt isolés, tantôt en amas de dix à vingt, et ayant alors une tendance à se placer parallèlement les uns aux autres.

On les rencontre pendant la durée de la rougeole, mais surtout au moment de la défervescence fébrile; dans un cas, on les a encore rencontrés trois jours après celle-ci. Au delà de ce temps, les résultats ont été négatifs.

Des bacilles semblables se retrouvent dans les sécrétions du nez, du larynx, de la trachée et de la conjonctive.

Les cultures sur agar glycériné, sur sérum, sur agar sérum de Wertheim, sur lait de femme, sont restées sans résultat. Dans trois cas on a pu les cultiver dans du bouillon, mais on n'a pas pu faire de cultures successives. Le bouillon se trouble au bout de quelques jours; il s'y produit des flocons qui montent à la surface par l'agitation; l'examen microscopique y révèle des bacilles beaucoup plus longs encore que les formes allongées du sang.

Ces bacilles ont été rencontrés 14 fois sur 14 cas examinés dans le service de M. Guttmann, à Berlin.

Le bacille décrit par MM. Canon et Pielicke, n'ayant pu être ni cultivé ni inoculé, la preuve expérimentale de sa spécificité fait défaut. D'ailleurs il est bon d'ajouter, qu'en appliquant rigoureusement leur méthode, d'autres observateurs n'ont pas pu le retrouver. Néanmoins on peut ajouter quelque créance au rôle probable joué par cette bactérie, qui se rapproche d'ailleurs, par plus d'un point, de celle décrite par Coze et Feltz[1].

La recherche d'un micro-organisme, — bacille spécifique de la rougeole ou autre, — dans le sang peut s'appuyer d'autre part sur ce fait dûment constaté depuis longtemps que le sang des rougeoleux, inoculé, donne la maladie. F. Home (*Medical Facts and Experiments*, *London*, 1758) inocula, avec le sang tiré des plaques rouges et saillantes des rougeoleux, des enfants qui au 6e jour montrèrent les prodromes de l'exanthème. Speranza, en 1822, lors de l'épidémie de Milan, fit les mêmes expériences

1. J'ai examiné au point de vue bactériologique, en ensemençant sur un sérum gélatinisé à valeur nutritive renforcée les sécrétions lacrymales de quarante à cinquante rougeoleux à l'hôpital des enfants. J'ai obtenu dans tous les cas de rougeole vraie un bacille dont la première culture très peu abondante est à peine visible, mais qui se cultive bien ensuite sur les différents milieux. Ce bacille ressemble par certains caractères au bacille de la diphtérie, dont il se sépare par d'autres. Il se rapproche du bacille de Pielicke et Canon, en ce qu'il est irrégulier, et souvent, dans ses formes allongées, recourbé en virgule. Inoculé par différents procédés à la souris, au rat, au cobaye, au lapin, il ne s'est montré virulent dans aucun cas. Ce bacille se retrouve aussi dans les sécrétions nasales et pharyngées; mais je n'ai pas pu l'isoler par les cultures en raison du grand nombre des microbes associés.

avec succès. Ici encore, il est vrai, il y a des faits négatifs et des résultats contradictoires. Les expériences de Home furent inutilement répétées en 1801 à Philadelphic (Dewees-Chapman) et par Locatelli, qui n'eut pas plus de succès (cité par Berdnt). Par contre, Katona[1] eut des succès énormes en inoculant plus de 1100 personnes soit avec du sang, soit avec des larmes : il n'eut que 7 insuccès sur 100. Les autres malades eurent tous des rougeoles très bénignes. Les expériences étaient faites, hâtons-nous de l'ajouter, dans un but de vaccination, comme alors on inoculait la variole contre la variole. Elles perdent d'ailleurs beaucoup de leur valeur en raison de ce fait qu'elles ont été pratiquées en plein foyer épidémique. Expérimentalement nous ne savons guère qu'une chose : c'est que le sang de rougeoleux inoculé au lapin n'a déterminé qu'une fièvre modérée, ayant duré deux ou trois jours, et n'a produit aucun symptôme analogue à la rougeole de l'homme. La guérison a été de règle.

A côté de ces bacilles on rencontre sur les muqueuses enflammées un certain nombre de microbes qui paraissent bien pouvoir jouer à l'occasion un rôle pathogène. J'ai examiné à ce point de vue environ soixante malades dont j'ai ensemencé les humeurs conjonctivales surtout. J'ai pu constater alors que les staphylocoques[2], surtout le sta-

1. *Œsterreisch. med. Woch.*, 1842.
2. Il s'agit de recherches faites en été et en automne de l'année 1892. Nul doute que ces associations microbiennes ne varient selon les lieux et selon les temps.

phylocoque blanc, se retrouvent très fréquemment associés à la rougeole. On y rencontre encore, mais moins souvent dans ces conditions, le streptocoque.

L'ensemencement des mucosités buccales donne des résultats beaucoup plus complexes. On y a déjà signalé la présence du pneumocoque et du streptocoque pyogène (Boulloche et Méry). J'ai rencontré pour ma part les organismes suivants :

1° Le pneumocoque; 2° Un streptocoque analogue au streptocoque pyogène; 3° Un streptocoque ou une streptobactérie que j'ai déjà signalé dans l'angine diphtérique, et qui figure dans un travail sur ce sujet sous le nom de streptocoque[1]; 4° Un coccus jaune ressemblant beaucoup à l'aureus, mais ne liquéfiant pas la gélatine; 5° Les staphylocoques, blancs et dorés; 6° Un bacille ressemblant beaucoup, sous le microscope, au bacille de la diphtérie, seul, en V, ou en amas parallèles entre eux, quelquefois recourbés, et que je n'ai pu ni isoler ni cultiver : il ressemble beaucoup par ses caractères objectifs aux bacilles fournis par l'ensemencement de la conjonctive.

En dehors de ce dernier, le streptocoque m'a paru surtout remarquable par sa fréquence.

La présence de ces microbes à l'état indifférent est intéressante à signaler : nous verrons quel rôle ils jouent dans la pathogénie des complications et les indications qu'on peut en tirer, au point de vue du traitement prophylactique de celles-ci.

1. *Archives de méd. expérim.*, mai 1891.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

§ 1. Tableau général de la maladie. — Variations dans l'aspect clinique. — Influences qui agissent sur ces variations.

§ 2. Étude des symptomes. — A. **Symptômes locaux.** — Division de la maladie en deux périodes : invasion des muqueuses, invasion de la peau. — Rash.

I. *Éruption des muqueuses.* — Conjonctivite. — Coryza. — Muqueuse bucco-pharyngée. — Laryngite et bronchite. — Oreille. — Tube digestif. — Muqueuse génitale. — Système lymphatique.

II. *Éruption cutanée.* — Éléments éruptifs. — Aspect. — Rougeole ecchymotique. — Éruption miliaire. — Siège et marche. — Desquamation.

B. Symptomes généraux. — Élévation thermique. — Pouls. — Phénomènes infectieux : Convulsions. — Urines : Albuminurie, peptonurie, acétonurie, ptomaïnes urinaires.

Symptomatologie.

§ 1. — TABLEAU GÉNÉRAL DE LA MALADIE.

La rougeole frappe les sujets, particulièrement les enfants, en pleine santé. Des phénomènes généraux vagues accompagnent le début de la ma-

ladie. Ils consistent principalement en quelques malaises, accompagnés de courbature, de fièvre, de céphalalgie légère, quelquefois d'épistaxis ou chez les jeunes filles d'un léger suintement sanguin métrorrhagique. Ces phénomènes généraux sont rarement très accentués, et assez souvent peuvent passer inaperçus. Mais dès le premier jour l'apparition de la conjonctivite, du coryza, des laryngo-trachéite, imprime à la maladie un cachet spécial et qui ne trompe pas l'œil d'un clinicien. Au bout de quatre jours [1] environ de cet état, l'éruption apparaît, à la face d'abord, puis se généralise dans les jours qui suivent. Elle dure en moyenne 3 à 4 jours elle-même, puis s'éteint progressivement, en suivant dans cette évolution décroissante la même marche que dans son invasion. La fin de l'éruption marque la terminaison de la maladie, et la convalescence, dans la plupart des cas, est tellement rapide qu'il y a pour ainsi dire passage direct de l'état de maladie à l'état de santé.

Telle est, rapidement esquissée, la physionomie générale de la rougeole simple. Mais nous allons voir par l'étude détaillée des symptômes que, selon les cas observés, elle revêt des aspects cliniques variables, plus ou moins graves, portant soit sur l'éruption soit sur les phénomènes généraux qui l'accompagnent.

Ces variations dépendent d'influences multiples.

1. Dans le cours de cette description et pour éviter toute confusion, les jours seront comptés à partir des premiers symptômes de la maladie, début de l'invasion des muqueuses

Au premier rang de celles-ci il faut placer la nature de l'épidémie : *virulence du germe;* la santé du sujet qu'elle frappe et les conditions dans lesquelles elle le frappe : *influence du terrain;* enfin les associations morbides qui coexistent avec elles, et qui sont liées soit aux conditions d'hygiène et de milieu qui entourent le malade, soit à la constitution épidémique régnante : *infections secondaires ou associées,* extérieures au malade, et jusqu'à un certain point indépendantes de sa santé et de sa résistance vitale propre.

§ 2. — ÉTUDE DES SYMPTÔMES.

L'éruption rubéolique est le symptôme fondamental de la maladie; elle apparaît à une époque à peu près fixe dans le cours des rougeoles régulières, précédée de ce qu'on appelle le stade d'incubation, *temps qui s'écoule entre le moment de l'infection proprement dite et l'apparition des premiers phénomènes morbides*, et dont nous retrouverons l'étude au chapitre de l'*étiologie*.

On a pris l'habitude de décrire l'évolution de la maladie en deux phases :

1° *L'une, d'invasion dite à tort prodromique*, comprenant le temps qui s'écoule entre les premiers symptômes morbides et le début de l'éruption cutanée;

2° *L'autre, dite d'éruption,* coïncidant avec les premières efflorescences de la peau.

Cette manière classique d'envisager les choses n'est pas exacte si l'on tient compte de la marche de l'éruption qui, dans la période dite prodromique, existe, mais sur les muqueuses. Elle a de plus l'inconvénient de sembler méconnaître *le caractère spécifique du catarrhe des muqueuses : énanthème.*

Ce fait a cependant une grande importance, tant au point de vue du diagnostic que de la prophylaxie.

En réalité, ces deux éruptions n'ont de différence entre elles que leur siège, leur époque d'apparition et les modifications qu'apporte forcément aux lésions la nature du tissu sur lequel elles évoluent.

Les noms *exanthème* et *énanthème* sous lesquels on les désigne doivent donc être considérés comme l'expression d'un seul et même processus se manifestant, l'un sur la peau, l'autre sur les muqueuses.

Ces réserves admises, nous conserverons, ainsi qu'on le verra, la division classique des périodes de la rougeole, parce que, cliniquement, l'éruption cutanée donne au médecin un point de repère important pour fixer le moment où en est arrivée la maladie, sous condition de ne pas y voir la première manifestation éruptive de celle-ci.

Rash. — L'existence d'un rash prééruptif a été signalée par différents observateurs. Mais c'est là un fait exceptionnel. On constate alors au visage de très petites papules roses ou même un érythème fugace (Henoch). Au premier jour, Henoch a ob-

servé dans un cas une rougeur diffuse du visage et de la poitrine, ayant disparu le second jour.

On a observé aussi au 2e jour (Surmont) ou au 3e jour de l'invasion (Talamon) un rash ortié.

Dans l'observation de M. Talamon, il débuta sur le tronc et sur les cuisses sous forme de plaques larges et saillantes ; il envahit les membres supérieurs, fut très discret sur les fesses et sur la poitrine.

Il dura 36 ou 48 heures, et n'influença en aucune façon l'éruption rubéolique.

On a rencontré quelquefois dans la période d'incubation l'existence d'éruptions passagères à forme morbilleuse, sans fièvre ni malaise (Dieulafoy). S'agit-il d'une coïncidence ou doit-on y voir un rash précoce ?

Le rash existant ou non, la maladie commence avec l'éruption des muqueuses.

I. **Éruption des muqueuses**. — *Conjonctive, muqueuses du nez et annexes.* — On peut dire que les phénomènes congestifs qui ont pour siège la muqueuse du nez et la conjonctive sont un des caractères les plus saillants du début de la rougeole. Ils permettent la plupart du temps de faire dès leur apparition un diagnostic précoce de celle-ci.

Les différents auteurs ont désigné cette période sous le nom de période catarrhale, mais cette expression ne fait mention que d'une lésion banale sans en faire ressortir suffisamment la spécificité : aussi croyons nous qu'il vaut mieux lui substituer

le nom de stade d'éruption des muqueuses, qui a précisément pour avantage de présenter à l'esprit le caractère de spécificité qui est propre à ces accidents.

Conjonctivite. — Les conjonctives sont brillantes, injectées; les paupières sont gonflées ; la rougeur qui a débuté par leurs bords s'étend parfois sur leur face externe; elles sont le siège de picotements désagréables qui engagent le malade à y porter constamment la main. La sécrétion lacrymale exagérée se traduit par un état humide anormal du globe de l'œil et par un écoulement de larmes sur le visage. Ce larmoiement est encore augmenté par les produits de l'inflammation de la muqueuse elle-même, produits qui donneront plus tard aux liquides qui baignent le globe oculaire un aspect muco-purulent et une consistance visqueuse. Au moment où l'éruption cutanée bat son plein, ces phénomènes sont très accusés : le muco-pus accole les paupières du malade, ou s'y dessèche sous forme de croûtes jaunâtres autour des cils et sur le bord libre des paupières.

Ces accidents disparaissent en général parallèlement au coryza et à la laryngo-bronchite, dans les jours qui suivent la fin de l'éruption cutanée. Comme ces derniers, ils peuvent persister plus longtemps à titre de reliquat de l'inflammation spécifique, ou, comme nous le verrons, être le point d'appel pour des organismes pathogènes étrangers à celle-ci.

L'examen du malade permet de reconnaître la

conjonctivite dès son début. En retournant les paupières, on constate que les conjonctives sont rouges, injectées. Les malades, à qui la lumière est pénible, recherchent l'obscurité, la tête tournée du côté du mur. Dans certains cas, quand l'éruption muqueuse est intense, ces symptômes peuvent acquérir un haut degré d'intensité, et provoquer une photophobie très pénible.

Coryza. — Le coryza suit une marche à peu près parallèle. Symptôme de la première heure, il se manifeste par un écoulement abondant de mucus séreux par les narines. Celles-ci sont gonflées, rouges ; cette rougeur et ce gonflement s'étend parfois à la lèvre supérieure. Les malades ont des éternuements; ils éprouvent une sensation de prurit qui les force à se frotter sans cesse le nez et qui augmente la rougeur; parfois la congestion de la muqueuse se traduit par des épistaxis peu abondantes, et qui prennent rang parmi les signes du début de la maladie.

L'exanthème spécifique ne se borne pas là d'ailleurs : une sensation de plénitude et de tension au niveau de la racine du nez indique que les sinus frontaux eux-mêmes sont envahis.

Cette éruption nasale suit la même marche que celle des autres muqueuses. Au moment de l'éruption, elle se transforme : l'écoulement devient muco-purulent, jaune verdâtre ; puis peu à peu celui-ci s'atténue, les narines se tapissent de croûtes sèches, et tout disparait au bout de 11 à 13 jours.

Muqueuse bucco-pharyngée. — Au point de vue

du diagnostic d'emblée, les symptômes fournis par l'existence d'un énanthème sur la muqueuse de la bouche et du pharynx n'ont pas dans le tableau morbide l'importance que présentent l'éruption naso-conjonctivale ou celle que nous allons voir atteindre le larynx et les bronches. Cet énanthème n'en existe pas moins, et demande seulement à être recherché. Dans certains cas même où le diagnostic est hésitant, sa constatation peut rendre les plus grands services.

De 36 à 48 heures avant les premières efflorescences cutanées, on peut constater une éruption sur les muqueuses de la bouche et du pharynx. L'élément éruptif est le même, mais la rougeur normale de la muqueuse ne permet pas de l'apprécier aussi nettement que sur la peau. Cependant on peut s'assurer, en passant le doigt sur le voile du palais par exemple, qu'il existe un état rugueux de la muqueuse, indice certain d'une éruption papuleuse à ce niveau. A la vue, on perçoit également des taches d'un rouge vif, plus ou moins saillantes, à contours limités.

L'exanthème n'occupe pas de préférence le voile du palais visible, mais la partie postérieure de celui-là et des piliers, le pharynx et probablement le larynx et l'arrière-cavité nasale. (Heim, Marc d'Espine, Blache et Guersant, Trousseau, Lasègue, Brouardel, Girard.)

Cette éruption papuleuse s'accompagne de rougeur de la muqueuse, qui est légèrement tuméfiée, et d'un gonflement œdémateux léger de la luette.

La muqueuse buccale et gingivale participe à cette inflammation ; elle est le siège d'une rougeur plus ou moins intense, s'accompagnant parfois de plaques blanchâtres dues à l'épithélium nécrosé et qu'il faut se garder de prendre pour des fausses membranes.

Les symptômes indiqués par le malade sont peu marqués : pas de douleur de gorge proprement dite, mais une sensation d'ardeur et de picotement, sans dysphagie. Ils suivent d'ailleurs la marche de l'énanthème, et, comme celui-ci s'éteint déjà au moment où l'éruption cutanée se montre, ils sont de courte durée, à moins qu'une angine se montre. Mais celle-ci est déjà un phénomène surajouté, un accident infectieux secondaire. Son caractère, sa durée, l'éloignent de l'efflorescence cyclique de la rougeole proprement dite.

Les phénomènes buccopharyngés observés étant des manifestations de l'éruption, nous devons leur retrouver les caractères d'*éruption plus avancée*, par rapport à l'efflorescence cutanée. En effet, au moment où les premières taches se montrent sur la face — début de l'éruption cutanée, — ou quand l'éruption cutanée est dans son plein, on peut se convaincre que celle de la bouche et du pharynx est moins saillante et plus terne (Sanné) et qu'elle n'existe plus quand la première commence à décliner. Voilà ce qu'on observe quand l'éruption des muqueuses est *pure*, c'est-à-dire quand les micro-organismes de la bouche et du pharynx n'entrent pas en scène pour en modifier le tableau.

Larynx et Bronches. — L'existence d'une éruption morbilleuse sur le larynx et sur les bronches est suffisamment légitimée par les phénomènes laryngo-bronchiques que présentent les malades et par la date d'apparition et la durée de ceux-ci.

« C'est une toux assez vive, quelquefois assez rauque, d'autres fois très violente et très pénible » (Trousseau). Elle simule parfois la toux ferine des hystériques ; elle est sonore, sèche, et revient par quintes. Dans certains cas elle provoque chez les enfants prédisposés des accès de laryngite striduleuse. C'est un point qu'il ne faut pas perdre de vue, car il arrive assez souvent que la laryngite morbilleuse sous cette forme est le premier symptôme de la fièvre éruptive, en l'absence même du catarrhe oculo-nasal.

L'expectoration qui l'accompagne est formée au début d'un mucus visqueux ; la voix du malade est voilée ou discordante.

Dans quelques cas exceptionnels, qui, je crois, doivent être considérés comme des cas très légers, mais purs de laryngite morbilleuse, ces phénomènes laryngés vont s'atténuant pendant l'éruption, suivant en cela la marche cyclique de celle-ci. Dans d'autres, au contraire, ils persistent et s'aggravent, et l'on se trouve en présence, non plus de laryngite morbilleuse proprement dite, mais des *laryngites chez les morbilleux.*

La toux et un certain degré de dyspnée, d'anxiété même, doivent également faire songer à la possibilité d'une localisation bronchique de l'érup-

tion. Ici plus encore on en est réduit aux hypothèses sur la façon dont la lésion est constituée. A ce moment l'*auscultation* des malades reste négative, à part quelques râles sibilants et la toux irritative douloureuse que l'on provoque en pressant du doigt sur la trachée (Henoch). Anatomiquement nous ne savons ni de quelle façon ni jusqu'où la rougeole frappe la muqueuse bronchique.

Ces phénomènes laryngo-bronchiques appartiennent au début. Ils sont contemporains de la conjonctivite et du coryza. Cliniquement, si on peut dire qu'ils précèdent l'éruption, théoriquement et dans une description didactique ils en sont les premières manifestations.

A l'examen laryngoscopique, on peut constater que les cordes vocales et l'épiglotte sont rouges et gonflées (Henoch), qu'il existe une inflammation catarrhale de la muqueuse, caractérisée par de la rougeur et du gonflement (Stoffeld, Smolder, Tobold[1]) et dans certaines circonstances une véritable éruption rubéolique (Gerhardt).

Coyne, qui a fait des laryngites rubéoliques une étude consciencieuse, la décrit sous le nom de laryngite érythémateuse.

En dehors de toute complication extérieure à la rougeole, le catarrhe broncho-pulmonaire, qui a persisté ou augmenté pendant la période d'éruption cutanée, survit encore à celle-ci durant un temps plus ou moins long. La chute de la tempé-

1. Cités par Coyne.

rature à son époque classique montre bien dans ces cas qu'il s'agit non pas d'une infection broncho-pulmonaire surajoutée, mais bien des restes de l'éruption bronchique.

Le catarrhe rubéolique est capable à un moment de devenir menaçant par lui seul et de provoquer la mort. Une éruption violente ou confluente de la rougeole sur les muqueuses bronchiques et pulmonaires peut réaliser le tableau de la bronchite suffocante[1], contemporaine du début de l'éruption.

Si l'on suit cliniquement la marche de l'éruption laryngo-bronchique, on voit qu'au moment de l'éruption cutanée, les symptômes par lesquels elle se manifeste traduisent cet état exsudatif et desquamatif de la muqueuse ; ce qui fait dire à tort que le catarrhe augmente. En réalité, pour employer un vieux terme, c'est la période de coction qui se fait jour, en retard, comme il est de règle, sur la période de crudité (éruption).

Les caractères de la toux et de la voix persistent. L'auscultation de la poitrine est moins muette qu'au début. Au lieu des quelques râles sibilants, que nous mentionnions tout à l'heure, on entend des râles fins, disséminés, sous-crépitants. Ceux-ci n'ont rien d'inquiétant, si l'on se rappelle qu'en clinique un symptôme ne vaut que par ceux qui l'accompagnent. Les râles, en effet, ne s'accompagnent ni de dyspnée avec battement des ailes du nez, ni des élévations de la température et du

1. Voyez les formes cliniques.

pouls, ni de l'agitation et de l'angoisse qui caractérisent la broncho-pneunomie.

Tous les symptômes gardent au contraire leur valeur morbide réciproque : l'éruption cutanée reste franche et de bon aloi, la maladie conserve son expression univoque.

L'expectoration, elle aussi, s'est modifiée : le mucus transparent et filant du début a fait place à des crachats épais, opaques, d'un jaune verdâtre, déchiquetés, nageant dans un mucus transparent et fluide : on a reconnu les crachats nummulaires, qui pourraient en imposer et faire songer à la tuberculose dans une maladie après laquelle elle se montre si souvent.

L'expectoration peut manquer chez les très jeunes enfants, qui, comme on sait, avalent leurs crachats.

Ces symptômes survivent au stade qui correspond à l'éruption cutanée, et se continuent pendant quelques jours après que celle-ci est éteinte.

Quant aux symptômes laryngés proprement dits, ils survivent également à cette éruption, et, comme les précédents, s'atténuent et disparaissent quelques jours après elle.

Nous verrons ailleurs les *suites* possibles de l'un et l'autre de ces accidents.

Oreille. — La muqueuse auditive peut, elle aussi, se prendre en même temps que le pharynx. Le malade accuse quelques bourdonnements d'oreilles, un peu de surdité, accompagnés de quelques douleurs ou spontanées ou provoquées par la dégluti-

tion. Ces troubles disparaissent quand pâlit l'éruption pharyngée, à moins que la lésion n'ait été le point d'appel pour des complications d'un autre ordre.

Enanthème digestif. — On n'est pas d'accord sur l'existence ou non de l'exanthème digestif. Cependant Trousseau signale comme un phénomène constant chez les enfants une diarrhée, quelquefois très abondante, apparaissant le jour même de l'éruption cutanée et qu'il regarde même comme favorable[1]. Les malades rendent par jour dix à quinze selles séreuses, glaireuses même et sanglantes; ce phénomène dure un jour ou deux et s'éteint. Cette diarrhée, dans l'hypothèse de l'énanthème digestif, peut être comparée aux sécrétions des voies aériennes, consécutives au catarrhe spécifique. Elle n'existerait pas chez l'adulte.

D'autres fois, l'éruption interne semble se localiser plus spécialement sur le gros intestin, donnant lieu à des phénomènes dysentériformes dus à une côlite spécifique[2].

Henoch signale également au début de cette même période des nausées et des vomissements. Pour lui, l'apparition de la diarrhée mérite toujours considération.

M. d'Espine, au contraire, n'y voit qu'une complication, due soit aux préparations antimoniales, soit aux écarts de régime.

1. Cette diarrhée précoce est rare (J. Simon).
2. Trousseau, 6e édition, pp. 207 et suiv.

Muqueuses génitales. — On observe habituellement chez les petites filles (8 fois sur 10, J. Simon), dans les premiers jours de la maladie, en même temps que le catarrhe oculo-nasal, des signes de vulvite et d'irritation du vagin, évidemment de même nature que celui-là. La vulve est humide, rouge; la muqueuse vaginale sécrète un liquide muco-purulent plus ou moins abondant. Là se bornent en général les symptômes génitaux. Quelquefois également l'invasion de la rougeole provoque l'apparition prématurée des règles, ou détermine, quand elle se montre entre les époques cataméniales, un léger suintement sanguin, toujours sans grande importance d'ailleurs, envisagé en lui-même.

Henoch a signalé le tenesme vésical et des mictions rares et douloureuses chez une petite fille de trois ans, symptômes qui paraissaient dans la dépendance d'une éruption de la muqueuse des organes génitaux externes.

Système lymphatique. — Les ganglions lymphatiques correspondant aux muqueuses atteintes par le catarrhe spécifique, sont en général indemnes lorsque aucune complication septique ne survient. Cependant, certains observateurs pensent que des adénopathies peuvent se développer dès le début de la maladie et sous l'action du virus morbilleux pur.

Les adénopathies appartiennent à la période d'éruption des muqueuses, et peuvent constituer un signe très précoce, devançant même le catarrhe,

fait important en temps d'épidémie. Les ganglions cervicaux et sous-maxillaires en sont le siège. Ils deviennent douloureux, s'hypertrophient, sans que le tissu cellulaire du cou y participe. Ces adénopathies sont fugaces, ce qui les distingue des adénopathies secondaires à la tuberculose ou aux infections septiques (Dieulafoy, Henriquez y Carvajal). Ces cas d'adénopathie sont rares, et le diagnostic doit être tout spécialement fait avec la rubéole.

II. — **Éruption cutanée.** — *Caractères cliniques de l'éruption.* — Dans sa forme *normale*, l'éruption rubéolique est constituée par des taches rose vif, quelquefois même rouges, peu saillantes, à contours irréguliers et peu accusés affectant quelquefois la forme de croissants. La pression du doigt les fait disparaître, mais elles reparaissent ensuite.

Elles peuvent être isolées, très petites, de manière à former un semis ou pointillé qui s'observe souvent dès le début de l'éruption et principalement à la face. Entre elles, la peau apparaît avec sa couleur normale.

Au contraire, elles peuvent se fusionner par leurs bords. Il en résulte alors la formation de plaques rouges uniformes, de dimensions variables.

Dans certains cas, ces plaques ont pu, par leur confluence, en imposer pour une éruption scarlatineuse; mais, quelle que soit leur importance, elles ne couvrent jamais la peau à la façon de celle-ci, on peut dire que c'est là un caractère im-

portant de l'éruption morbilleuse : *on peut toujours constater entre les taches l'existence de parties de peau saine.*

Les plaques se disposent souvent en croissant ou demi-cercle.

Il arrive fréquemment que les taches morbilleuses donnent la sensation d'une élevure au doigt. Dans ce cas, on constate qu'il existe au centre de chacune d'elles une induration du derme [1] qui se manifeste par une saillie plus ou moins grande à la vue et au toucher. La rougeole est alors dite *boutonneuse.* Les papules peuvent s'observer sur les plaques, résultat de la fusion des taches, et leur donnent un aspect chagriné. Cet aspect s'observe de préférence à la face, et peut en imposer pour une variole au début.

C'est principalement dans cette forme où la congestion est vive qu'on peut constater au niveau des taches des hémorrhagies légères qui leur donnent un aspect ecchymotique.

Cette modification dans l'aspect de l'éruption n'a aucune valeur pronostique, et on ne doit pas la confondre avec la forme hémorrhagique.

Il est beaucoup plus rare d'observer dans la rougeole normale l'existence de *vésicules miliaires* ou même de bulles.

Cependant cette miliaire, quand elle existe, peut

1. M. C. de Gassicourt *l. c.* (p. 357) considère ce fait comme fréquent. Il a toujours constaté, au centre des taches rouges, l'existence de petites élevures peu saillantes qui peuvent passer inaperçues à un examen superficiel.

se montrer sous forme de vésicules au centre de chaque tache ou d'un semis serré au niveau des plaques. Elle se dessèche en général sans suppurer : on conçoit qu'elle ajoute dans la défervescence à l'éruption morbilleuse un élément desquamatif qui modifie l'aspect normal de celle-ci[1].

Siège et marche. — L'éruption débute par la face et plus spécialement, mais non toujours, par le menton. De là elle se montre sur les joues, principalement sur la partie de celles-ci qui se trouve au devant des oreilles, puis au pourtour des lèvres, sur le front, sur le cou.

Elle est en général plus intense à la face que sur le reste du corps et s'accompagne de congestion plus vive et de bouffissure ; la couleur en est d'un rouge plus vif, et c'est là qu'on peut y observer de préférence la formation des plaques éruptives. Cet état congestif des téguments de la face masque un peu les caractères classiques de l'éruption. C'est pourquoi il est bon de ne pas rechercher là les éléments d'un diagnostic hésitant encore. C'est sur le corps, et en particulier sur le thorax, à sa partie antérieure (D'Espine), que la rougeole se montre avec son aspect le plus caractéristique et où nous allons la retrouver.

Après la face en effet, l'éruption ne tarde pas à se

1. Les petits enfants présentent souvent, sous forme de petites taches rosées, arrondies, une éruption sudorale qu'on ne doit pas confondre avec la rougeole.

Cette *roséole* est surtout apparente sur le ventre et sur le dos. (TROUSSEAU.)

généraliser au reste du corps, et en 24 ou 48 heures elle a envahi, par ordre chronologique, le tronc et les membres supérieurs, puis les membres inférieurs.

Sur ces parties et principalement sur le dos, les taches sont d'un rouge plus sombre que sur la face. Chez les enfants cachectiques ou affaiblis elles peuvent même être ecchymotiques sur le dos et sur les fesses.

Elles restent stationnaires un temps très court, puis vers le troisième jour de leur apparition elles décroissent. Cette décroissance est donc en avance à la face sur le reste du corps, puisque c'est par elle qu'a débuté l'exanthème.

Les papules perdent leur éclat, se ternissent; leurs contours deviennent moins nets : la pression du doigt ne les fait plus disparaître complètement, mais laisse à leur place une tache jaunâtre. L'éruption dans son ensemble prend alors une couleur brun cuivré qui, jointe aux desquamations légères qui se montrent, pourrait en imposer pour une syphilide papulo-squameuse généralisée. La peau des malades est comme marbrée.

En général, la durée de cette période de déclin est de quatre ou cinq jours, mais on a observé des cas où l'exsudation congestive a été telle que ce temps se prolonge pendant plus d'une semaine [1]; circonstance qui peut encore favoriser davantage cette confusion avec la syphilis.

1. Tel est le cas de la forme ecchymotique.

Desquamation. — En même temps que pâlit l'éruption, il se produit une desquamation, sous forme d'écailles furfuracées, mais qui n'est pas constante. Elle se montre du huitième au onzième jour de la maladie, et demande souvent d'être recherchée artificiellement, par exemple, en frottant la peau avec un morceau de drap noir. Elle n'est jamais généralisée et ne se montre guère qu'à la face et au cou, à la poitrine ou aux paupières seulement. Elle passe d'ailleurs souvent inaperçue et se borne à donner un aspect farineux aux parties de la peau sur lesquelles elle se montre. Exceptionnellement la desquamation se fait par plaques épidermiques, et se prolonge jusqu'au quinzième jour, comme Blache et Guersant l'ont vu.

Symptômes généraux.

L'*élévation de la température* accompagne les premières manifestations de l'éruption des muqueuses. L'individualité puissante de la rougeole, presque toujours semblable à elle-même, imprime à la courbe thermique une constance qu'on ne retrouve pas au même degré dans les autres fièvres éruptives. D'une manière générale, la fièvre commence avec les premiers symptômes du côté des muqueuses, pour atteindre son fastigium au moment de l'éruption cutanée et disparaître dès que celle-ci est développée complètement. Il est donc

intéressant de comparer sa marche à celle de l'éruption.

Dès le premier jour, elle atteint sans les dépasser 39 degrés. Le second jour, elle diminue, ou même revient à la normale. Dans le courant du troisième jour, elle remonte, pour atteindre son apogée le quatrième ou le cinquième jour au moment même où se fait l'éruption cutanée. Il semblerait que l'agent morbide ayant épuisé son action en déterminant l'éruption des muqueuses, reprenne son essor pour aboutir à un nouveau choc pour l'organisme, se traduisant alors par l'éruption cutanée. La température est bien en rapport en tous cas avec l'éruption qui semble ainsi se faire en deux temps.

Pendant cette rémission du second et même du troisième jour, les enfants reprennent leurs jeux, et l'on pourrait croire la maladie terminée, si le catarrhe oculo-nasal et les autres phénomènes laryngo-bronchiques ne persistaient pas. Ce caractère rémittent de la fièvre rougeoleuse est nettement indiqué dans Rilliet et Barthez (p. 255). Les examens thermométriques de Wunderlich, Monti, etc., n'ont fait que le vérifier scientifiquement.

L'apyrexie du second jour et du troisième peut ne pas être complète, soit que la température reste dans le voisinage et au-dessous de 38 degrés, dans ce cas alors, la fièvre persiste jusqu'à l'éruption; soit que, normale le matin, elle remonte tous les soirs, revêtant ainsi le caractère intermittent à type quotidien.

La rémission ne se fait pas non plus nécessairement le second jour, mais souvent aussi le troisième ou le quatrième jour, la fièvre reprenant avec l'éruption cutanée.

L'apparition de cette fièvre se manifeste par de petits frissons, se répétant de trois à six fois dans les vingt-quatre heures, suivis de chaleur et de sueurs (Trousseau[1]).

L'existence de la fièvre dans la période catarrhale de la rougeole n'est d'ailleurs pas constante. On peut observer des cas où la température reste normale jusqu'au moment où l'éruption cutanée se montre. Alors la température monte brusquement et d'un seul bond à 39 ou 40 degrés, pour suivre ensuite sa marche habituelle. Inversement, on peut observer des faits où la fièvre ne présente pas la rémission habituelle, et reste élevée plus ou moins près de 40 degrés, jusqu'à l'éruption cutanée. Ces faits appartiennent souvent aux rougeoles malignes ou aux rougeoles déjà compliquées, la fièvre morbilleuse étant troublée par celle que produit une infection qui s'installe; celle-ci n'est d'ailleurs pas fatalement grave.

Au moment où l'éruption cutanée se montre, la température remonte à 39 degrés et atteint son maximum : 40 à 40°,6 au moment où l'efflorescence cutanée bat son plein[2].

1. Trousseau, *loc. cit.*, p. 195.

2. M. Cadet de Gassicourt a fait observer avec raison combien est erronée la formule qui dit que la température de la rougeole n'atteint pas celle de la scarlatine. D'après lui, la

D'après Wunderlich cette fièvre de la période d'acmé de la maladie serait régulièrement supérieure de 8 dixièmes à 1 degré à celle de la première poussée fébrile, ce qui permettrait pendant celle-ci de préjuger celle-là.

Dans tous les cas, bien que quelquefois la température atteigne son maximum avant que l'éruption ne soit complètement sortie, ce maximum est toujours plus rapproché de l'acmé que du début de l'éruption et se réalise en général vers le cinquième jour. Au moment où l'éruption atteint son acmé, on peut observer une détente, qui n'est que le début de la défervescence (Wunderlich); mais celle-ci ne commence franchement qu'après le moment où la poussée éruptive est terminée.

En somme, malgré quelques minimes différences, on peut dire que la fièvre suit l'éruption, que celle-ci se fasse sur les muqueuses — fièvre du premier jour — ou sur la peau — fièvre du cinquième jour. Au moment de l'éruption de la peau, la température, le soir, se maintient entre 40°,4 et 41 degrés (Henoch[1]) et 40°,6 (Cadet de Gassicourt[2]) pendant vingt-quatre ou trente-six heures. Le matin, elle varie entre 38°,5 et 39°,6. Henoch a observé exceptionnellement le type inverse (39°,5 le

fièvre rougeoleuse est presque toujours très élevée, et atteint 40°, 41° et plus. Ce qui la caractérise, c'est que, contrairement à ce qui se passe pour la scarlatine, elle se maintient moins longtemps élevée, parce que l'éruption se fait plus vite.

1. P. 542, *loc. cit.*

2. P. 36, *loc. cit.*

matin, 38°,5 le soir). La défervescence se fait si vite qu'au matin du sixième jour on trouve la température descendue en une nuit à la normale ou subnormale, 36 à 37 degrés. Mais plus souvent la défervescence est moins brusque et demande deux jours, conduisant ainsi le malade jusqu'au septième ou huitième jour, extrême limite dans une rougeole normale[1].

Le pouls est en général très élevé : sa courbe suit celle de la température; on obtient de 120 à 140 pulsations. Sa fréquence, bien entendu, varie avec l'âge. Il reste parfois accéléré alors que l'éruption cutanée pâlit et sans trace aucune de complication (Blache et Guersant).

La connaissance exacte de la marche de la température dans la rougeole est capitale pour le diagnostic des formes anormales ou compliquées, soit qu'on observe une hyperpyrexie permanente à l'époque où la fièvre doit tomber ou être modérée, soit que celle-ci persiste, ou se montre de nouveau après la disparition de l'éruption.

A part la *courbature*, l'*assoupissement*, la *céphalalgie*, etc., phénomènes communs au début de toutes les pyrexies, et presque toujours peu accusés dans la rougeole, nous n'avons guère à signaler que les *convulsions*. Lorsqu'elles ne se répètent pas souvent elles ne sont pas graves, et la connaissance

1. Quelques malades conservent encore jusqu'au neuvième et dixième jour, avec une température normale le matin, des exacerbations allant jusqu'à 38° et 38°,5 le soir (Henoch, *ibid.*) Cette fièvre vespérale n'a aucune importance.

de ce fait doit détourner le praticien de toute médication perturbatrice (Trousseau[1]). Elles s'observent surtout chez les petits enfants au-dessous, de deux ans[2], au moment des périodes fébriles extrêmes, et ne laissent aucune trace dans leur intervalle. Exceptionnellement, on observe des phénomènes cérébraux plus graves : délire, accidents méningés transitoires (Henoch[3]).

Les phénomènes nerveux sont, comme on le voit, beaucoup moins accentués que dans la scarlatine et dans la variole.

Les *urines* présentent une coloration foncée, une acidité forte et une densité augmentée. Les urates sont plus abondants ; de même l'urée, les chlorures, les sulfates.

Les phénomènes urinaires n'ont pas dans la rougeole l'importance qu'ils acquièrent dans la scarlatine. Cependant l'albuminurie a été signalée chez les adultes au début de l'éruption par Becquerel, Blache et Guersant, Parkes, Brown, Gubler. Étudiée chez l'enfant dans trente-deux cas par Guinon et Auclair à l'hôpital des Enfants-Malades[4], il a été rencontré par eux onze fois. Elle est en général très peu abondante, 5 centigrammes par litre, et n'a jamais dépassé 40 à 80 centigrammes.

1. P. 200, *l. c.*
2. Cadet de Gassicourt, *l. c.*
3. P. 550, *l. c.*
4. Art. rougeole du *Traité de médecine* de MM. Charcot, Bouchard.

La durée semble assez longue, puisqu'elle existait encore le jour de l'exeat des enfants: elle survivrait donc à la convalescence; il serait intéressant de savoir ce qu'elle devient par la suite. D'ailleurs, en raison des complications qui existent concurremment à la rougeole, il est difficile de fixer exactement l'origine et la valeur de ce symptôme.

Il n'en est pas de même de l'*anurie*, qu'on observe dans certaines formes graves de la maladie. Associée à l'hyperthermie, aux phénomènes nerveux, etc., elle contribue pour sa part à la constitution du syndrome propre aux formes malignes hypertoxiques. (Voir les formes cliniques.)

L'albuminurie peut aussi se montrer pendant la convalescence; elle est alors l'expression d'une néphrite tardive donnant lieu à l'anasarque et à toutes les conséquences de ces lésions. (Sanné, p. 401, *l. c.*)

Au début de l'éruption et au moment de la défervescence, Loeb[1] a signalé la *propeptonurie*, qu'il a rencontrée neuf fois sur douze cas. L'acide nitrique ajouté à l'urine détermine un précipité qui se dissout par l'ébullition et reparaît à froid. M. Talamon a également constaté de l'*acétonurie*[2].

M. Griffeths a isolé de l'urine des rougeoleux une ptomaïne répondant à la formule $C^3 H^5 Az^3 O$, très toxique, et qui, inoculée au chat, détermine une hyperthermie (40 degrés) et la mort en trente-six heures.

1. *Centralblatt f. klin. Med.*, 1889, nº 15.
2. *Méd. mod.*, 1891, nº 14.

CHAPITRE IV

MARCHE CLINIQUE—DURÉE—TERMINAISON

Période d'invasion des muqueuses. — Contemporanéité des symptômes éruptifs et des phénomènes généraux. — Durée de la période d'invasion. — Débuts et localisation variable de l'éruption : sur l'intestin, sur l'arbre laryngo-bronchique.

Période d'invasion de la peau. — Aspect du malade à ce moment. — Généralisation et durée de l'éruption. — Phénomènes concomitants. — Déclin.

Convalescence. — Séquelles de l'éruption cutanée. — Séquelles de l'éruption des muqueuses. — Phénomènes généraux.

Considérée dans son évolution à partir du moment où l'infection se manifeste, et en raison de ce fait que l'éruption est le symptôme fondamental de celle-là, on peut reconnaître à la rougeole deux périodes.

L'une *caractérisée par l'éruption des muqueuses :* période d'invasion ;

L'autre *commençant à l'éruption cutanée*, *pour finir avec celle-ci :* éruption des classiques[1].

1. La desquamation, que certains médecins ont même niée.

La rougeole normale finit en général là ; et en dehors des complications et des formes anormales qui en modifient le tableau, elle ne laisse à sa suite qu'un certain nombre d'accidents ordinairement peu graves et qui demandent à être décrits à part. On les trouvera dans un chapitre consacré aux suites et à la convalescence de la maladie.

I. *Période d'éruption des muqueuses.* — Les symptômes de début de la rougeole sont ceux de toutes les fièvres en général : malaise, abattement, céphalée légère, auxquels il s'ajoute quelquefois des vomissements, surtout alimentaires, et des épistaxis.

Tout cet ensemble symptomatique aurait peu de valeur en soi, si, dès les premières heures, le catarrhe oculo-nasal n'attirait l'attention et n'éveillait l'idée de la rougeole. Presque en même temps que lui, la toux se montre avec ses caractères particuliers. Les enfants accusent un peu de douleur à la déglutition, indice de l'éruption pharyngée, qui dès ce moment peut mettre elle aussi sur la voie du diagnostic. L'examen de la gorge, qui, règle générale, doit être pratiqué chez tous les enfants au début d'une affection fébrile a donc ici une importance extrême, d'autant qu'il ne faut pas compter toujours sur la douleur à la déglutition pour y son-

est dans la plupart des cas peu marquée et trop insignifiante pour qu'on puisse en faire une période à part. Il y a là une analogie un peu forcée avec les autres fièvres éruptives, la scarlatine en particulier.

ger, soit que les enfants ne la ressentent pas réellement, soit qu'ils ne veuillent pas l'avouer, dans la crainte d'un examen qu'ils redoutent.

Après vingt-quatre ou trente-six heures, on assiste, ainsi que nous l'avons vu, à une rémission fébrile, pendant laquelle l'enfant, toujours larmoyant et toussant, a cependant repris un certain entrain.

L'apyrexie se montre tantôt dans le second jour tantôt plus tard. Elle dure vingt-quatre ou trente-six heures seulement, et peut se prolonger jusqu'au jour de l'éruption (Cadet de Gassicourt), jusqu'au moment où la poussée fébrile qui annonce l'éruption cutanée reparaît et où les phénomènes généraux habituels se montrent de nouveau.

Cette période de l'éruption des muqueuses dure environ quatre jours, quelquefois moins, quelquefois plus, huit à neuf jours (Cadet de Gassicourt) onze jours (Blache et Guersant), treize jours (Rilliet), quinze jours (Barthez), sans que la maladie s'en trouve aggravée. Mais son début n'est pas toujours aussi caractéristique et sa marche aussi franche : nous verrons, à propos des formes anormales, que le catarrhe peut manquer. D'autres fois au contraire il prédomine sur certaines muqueuses de préférence à d'autres, par suite soit de prédispositions individuelles soit d'une constitution épidémique spéciale.

Trousseau[1] a insisté sur le début de la rougeole

1. P. 203, *l c.*

par l'exanthème laryngé, se caractérisant par des accès de faux croup; M. Sanné[1] mentionne dans certaines épidémies la diarrhée comme pouvant atteindre le quart ou la moitié des malades. Dans d'autres circonstances, ce sont les phénomènes broncho-pulmonaires qui prédominent. Il y a d'ailleurs d'un malade à l'autre des degrés dans l'intensité des phénomènes catarrhaux des muqueuses. Rarement les phénomènes nerveux sont inquiétants.

Dans tous les cas, on ne doit pas oublier de rechercher avec soin les traces du catarrhe dans les cas douteux, car son absence peut être considérée comme une exception telle qu'elle entraîne des doutes ou des réserves au sujet du diagnostic. La plupart du temps, l'aspect de l'enfant arrivé à cette période, est bien caractéristique, et le praticien peut prédire à coup sûr l'éruption cutanée pour le lendemain ou le surlendemain au plus tard. On trouve les enfants levés ou assis sur leur lit et jouant avec plus ou moins d'entrain ; mais leur face est bouffie, leurs yeux sont rouges, gonflés et larmoyants; le nez et la lèvre supérieure sont tuméfiés, et une sécrétion incessante s'échappe des narines, tourmentant les malades par la nécessité d'un reniflement continuel. Une toux fréquente, irritative ou déjà plus grasse, caractérisée par trois ou quatre expirations brèves, ou par une seule, incessante, revenant à chaque instant; de l'enrouement, des

1. Art. *Rougeole*, p. 383, *l. c.*

éternuements complètent le tableau. Si on interroge la mère, la garde, on apprend que l'enfant a eu dans la journée ou les jours précédents des épistaxis d'une abondance variable, quelquefois des vomissements, souvent un peu de diarrhée.

La langue est blanche, saburrale; et si l'on examine la gorge, on trouve de la rougeur, et dans certains cas l'éruption caractéristique dont nous avons parlé plus haut. Cependant, malgré la toux, l'auscultation de la poitrine ne donne rien ou presque rien. L'appétit est modéré ou nul, la soif vive; les enfants sont grognons, inquiets, agités ou somnolents dans la journée, tandis que les nuits sont entrecoupées de réveils fréquents ou d'insomnie.

II. *Période d'éruption de la peau.* — Bientôt l'éruption cutanée se montre. Quelques efflorescences vagues apparaissent au menton, au pourtour des oreilles. D'abord peu caractéristiques, elles ne tardent pas à prendre l'aspect que nous avons décrit aux taches morbilleuses, et au bout de quelques heures la face entière est envahie. Elle est rouge, bouffie, envahie par l'éruption, à l'exclusion du corps; le bord des paupières est recouvert de muco-pus; il s'écoule du nez une sécrétion muco-purulente abondante; la lèvre supérieure est rouge et gonflée. Et souvent les petits malades que la lumière importune sont blottis dans leur lit, le

1. Heim prétend que les rougeoleux exhalent l'odeur de plumes d'oie fraîchement plumée. Mais ce point n'a pas été confirmé. (Sanné, p. 385.)

nez au mur, les yeux clos, le front plissé. Ils sont grognons quand on les dérange, et retournent de suite à leur position favorite, quand on les replace dans leur lit. Ils se plaignent souvent de démangeaisons. A l'efflorescence se joint une abondante transpiration générale ou locale, amenant dans certains cas des éruptions sudorales. La langue est blanche ou jaunâtre, humide, exceptionnellement tuméfiée; quelquefois les papilles sont un peu rouges et un peu saillantes à la pointe. Les gencives sont rouges et saignantes, recouvertes çà et là de lambeaux d'épithélium desquamés. Les dents sont humides.

L'éruption se généralise habituellement en trente-six ou quarante-huit heures, et on peut la retrouver avec son aspect typique sur le thorax, sur les fesses et à la partie antérieure et latérale des genoux.

Elle est plus rouge à la face, en raison de sa confluence plus grande et de la vascularisation plus riche de la région; mais elle pâlit déjà à ce niveau quand les éléments éruptifs des membres ou du tronc sont en plein développement. Sur le dos et sur le ventre ou sur les cuisses, elle se montre sous forme de grandes plaques, à contours irréguliers, polycycliques, à bords bien tranchés, entre lesquelles on peut retrouver des festons de peau saine, avec sa couleur et son aspect normal : caractère important pour le diagnostic. Les taches du dos et des fesses sont en général d'un rouge moins vif et brunâtres.

Si la fièvre est très vive, les enfants sont assoupis,

ils délirent, la nuit surtout; et les lèvres sont facilement sèches, fendillées, couvertes de croûtes brunâtres (Henoch [1]). On peut observer aussi de l'agitation, de l'anxiété; rarement ces symptômes nerveux sont très prononcés.

C'est à ce moment que se montre la diarrhée, et qui ne doit pas persister plus d'un ou de deux jours. Le ventre reste cependant souple, peu sensible à la pression.

La toux persiste, douloureuse, irritative, et on peut constater une accélération des mouvements respiratoires 30 à 40, en rapport avec la fièvre et la rapidité du pouls d'une part, et avec l'exanthème bronchique de l'autre. Cependant l'auscultation reste à peu près muette, sauf, et non toujours, quelques ronchus dans la région dorsale ou un peu de respiration rude. Encore ces signes sont-ils passagers, et disparaissent-ils après la défervescence fébrile.

La durée de cette période de la rougeole, si l'on tient compte de phénomènes généraux et de la fièvre, et non de l'éruption qui a laissé une lésion permanente de la peau, est en moyenne de deux à trois jours; et dès que la fièvre est tombée, la maladie est terminée, le malade entre en convalescence (d'Espine).

III. *Convalescence.* — Nous ferons donc commencer la convalescence vers le septième ou hui-

1. P. 543, *l. c.*

tième jour. Celle-ci est en général assez rapide; elle offrira cependant à considérer :

Les restes de l'éruption cutanée;

Les restes de l'éruption des muqueuses.

L'éruption cutanée n'est pas longue à s'éteindre, et vers le huitième ou neuvième jour de la maladie elle a à peu près complètement disparu. Il n'est pas rare cependant, quand la congestion a été très vive et s'est accompagnée d'un léger raptus sanguin, ainsi que nous l'avons vu, de voir l'éruption persister, en particulier sur le ventre, pendant deux à trois semaines sous forme de taches rouge bleuâtre ne disparaissant pas sous la pression du doigt, discrètes ou même confluentes (Henoch[1]).

Cette forme qui accompagne les rougeoles les plus normales ne modifie en rien le pronostic bénin de la maladie; elle est absolument distincte de ce que nous décrirons sous le nom de rougeole hémorrhagique.

On peut faire les mêmes remarques en ce qui concerne les éruptions muqueuses qui frappent l'œil, le nez, la gorge, le larynx, les bronches. En général les phénomènes catarrheux consécutifs à l'éruption spécifique s'éteignent quelques jours après l'éruption cutanée. Mais quand l'éruption y a été très violente, la vitalité normale de ces muqueuses est compromise pour un temps plus long, et l'on voit des malades parfaitement remis de leur rougeole conserver de la rougeur des paupières,

1. P. 544, *l. c.*

de la sensibilité de la conjonctive à la moindre cause d'irritation, du coryza, de la susceptibilité de la gorge, de la toux, etc.

Il est certainement difficile, dans l'état actuel de nos connaissances, de faire à ce sujet la part des infections possibles sûrajoutées ; cependant l'exanthème rougeoleux semble bien dans certains cas être seul à incriminer.

Il y a là probablement aussi une question de *terrain* ou de résistance organique individuelle et, en tous cas, de ce chef, une prédisposition indéniable aux complications que nous étudierons d'ailleurs.

La convalescence de la rougeole, ces complications mises à part, est en général rapide. Les enfants ont un peu ou pas maigri, et souvent même ils ont conservé, la maladie passée, toutes leurs couleurs. L'appétit a vite repris, et au bout de dix à quinze jours les malades sont complètement guéris.

Malheureusement les choses ne se passent pas toujours aussi simplement, et la rougeole, indépendamment du caractère grave qu'elle peut avoir par elle-même, peut être le point d'appel de complications étrangères à elle, et qui réclament la meilleure part dans la mortalité, et en particulier dans la mortalité hospitalière.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

I. *Période d'invasion.* — Rhume simple. — Fièvre catarrhale, grippe. — Laryngite striduleuse. — Fièvre typhoïde. — Scarlatine.

II. *Période d'éruption.* — Variole; rash variolique. — Varicelle coïncidant avec la rougeole. — Scarlatine. — Rubéole. — Grippe avec éruption morbilliforme. — Érythème polymorphe. — Urticaire. — Roséole saisonnière. — Roséole syphilitique. — Roséole vaccinale. — Suette miliaire à forme rubéolique. — Érythèmes infectieux. — Érythèmes médicamenteux : quinique, chloralique, dus au copahu, à l'antipyrine, à l'iodure de potassium.

Le diagnostic de la rougeole, si facile qu'il paraisse en théorie, prête parfois à de singulières erreurs. On ne saurait trop se rappeler à ce propos qu'en pathologie un symptôme ne vaut qu'autant qu'il est accompagné d'autres manifestations morbides auxquelles il est habituellement associé et avec lesquelles il constitue un ensemble logique. On aura chance ainsi d'éviter de ce chef les erreurs dues à un défaut dans l'appréciation de la valeur propre et de la signification des symptômes.

On devra se rappeler également que la rougeole est une maladie infectieuse qui a son opportunité dans l'existence d'une épidémie ou dans la contagion d'un malade à un sujet sain. Ce sont les deux points sur lesquels, avant tout diagnostic différentiel, le médecin devra porter son attention. Il devra s'enquérir également, avant tout examen, si le malade a eu déjà la rougeole et à quel moment il l'a eue.

I. *Période d'invasion.* — Les phénomènes de catarrhe de cette période ne sont pas à ce point caractéristiques pour que, en dehors de toute épidémie ou de toute contagion, on soit en droit de prédire à coup sûr une éruption morbilleuse.

Nous avons vu plus haut (voyez la période d'invasion) que la fièvre du début pouvait cesser complètement le deuxième ou le troisième jour de la maladie : cette apyrexie coïncidant avec la coryza et la toux pourrait faire méconnaître la rougeole et faire songer à un simple *rhume*. Il convient dans ces cas de ne pas précipiter son jugement, surtout chez les enfants, et de ne pas oublier l'examen de la bouche et du voile du palais. Si l'éruption y existe, le diagnostic est tout fait ; sinon il faut rester dans le doute, car il vaut mieux laisser entrevoir la possibilité d'une rougeole qui n'apparaîtra pas que de se prononcer pour un simple rhume et de voir une éruption morbilleuse se développer le lendemain ou le surlendemain.

La *fièvre catarrhale*, la *grippe* présentent dans

leurs symptômes du début des phénomènes du même ordre. On trouvera des éléments de diagnostic en faveur de cette maladie dans les phénomènes généraux du début, abattement, frissons, courbature, en général plus accentués dans la grippe; dans la marche de la température, plus nettement rémittente. On n'oubliera pas l'examen de la gorge et du voile du palais, sur lesquels la rougeole imprime de bonne heure sa marque. La constitution épidémique régnante sera également d'un grand secours; mais il ne faut pas oublier que les épidémies de grippe peuvent s'accompagner d'épidémies morbilleuses.

Thomas a insisté sur l'existence dans la rougeole à cette époque d'une tuméfaction, allant même jusqu'à une élévation papuleuse pâle, qu'on trouverait au menton, sur les tempes, à la nuque, sur la poitrine. Mais ce phénomène n'a pas été observé par d'autres auteurs (d'Espine, Descroizilles).

La *laryngite striduleuse* simple ne s'accompagne pas en général des phénomènes généraux aussi accentués que ceux du début de la rougeole. On n'observe ni la conjonctivite ni le piqueté caractéristique du voile du palais. Dans la journée qui suit l'accès, la voix redevient claire et l'on constate chez les enfants de grosses amygdales ou des végétations adénoïdes du pharynx.

Lorsqu'il existe des épistaxis au début, les traités classiques font le diagnostic avec la *fièvre typhoïde*[1].

1. On trouvera au chapitre consacré à la rougeole secondaire le diagnostic avec l'érythème de la fièvre typhoïde.

Mais jamais celle-ci n'a la brusquerie de début qu'offre la rougeole. Les symptômes d'abattement, l'inappétence, l'état de la langue, etc., sont autant de signes différentiels; de plus, le catarrhe fait complètement défaut.

La rapidité avec laquelle se fait l'éruption dans la *scarlatine* et la nature de celle-là, l'angine précoce sont suffisamment caractéristiques pour éviter toute erreur.

On ne pourrait hésiter que dans les cas où, les symptômes des muqueuses étant peu marqués et ayant été méconnus, l'éruption se présente tout d'un coup avec des caractères de généralisation et d'intensité qu'on observe en effet quelquefois. Le diagnostic sera basé sur le siège occupé par l'éruption au début, et par ses caractères objectifs. Des intervalles de peau saine entre les plaques éruptives, si petits qu'ils soient, ont une importance, ont une valeur diagnostique considérable en faveur de la rougeole.

La confusion serait plus facile dans le cas où il existe un rash dans la rougeole (voyez plus haut : *Rash*), lorsque surtout celui-ci est constitué par une rougeur diffuse qui apparaît le premier jour. Ces faits, il est vrai, sont exceptionnels; néanmoins on pourra éliminer la scarlatine, en tenant compte de l'existence du catarrhe du début et du siège de l'éruption en dehors des lieux d'élection de l'exanthème scarlatineux.

L'intensité de la fièvre n'a pas grande valeur, car on peut observer 40° et plus (Hensch) au moment de ce rash.

II. *Période d'éruption.* — Lorsqu'on est appelé pour la première fois auprès d'un malade en pleine éruption, que celle-ci est confluente sur la face, qui est vultueuse, tuméfiée, avec des papules serrées les unes contre les autres, comme dans l'éruption boutonneuse, on est en droit d'hésiter et de songer à la possibilité d'une *variole* (Cadet de Gassicourt).

L'existence des phénomènes catarrhaux et la marche des accidents depuis le début peuvent lever les doutes. On se souviendra que les papules varioliques sont plus petites, à centres saillants et durs; que, quelle que soit leur confluence à la face, elles ne le sont jamais sur le corps, comme dans l'éruption morbilleuse (Sanné). Elles sont plus régulières, ne se disposent pas en étoiles ou en corymbes, et ne restent pas longtemps à l'état papuleux.

Le diagnostic peut être encore plus délicat dans certains *rashs varioliques à forme morbilleuse*. M. d'Espine[1] cite un cas où Trousseau lui-même s'y est trompé. La rachialgie, l'intensité des phénomènes généraux, l'absence du catarrhe des muqueuses, l'envahissement d'emblée du tronc et des membres à l'exclusion de la face au deuxième jour de la maladie, etc., devront entrer en ligne de compte.

Cependant il est bon d'ajouter qu'il faut parfois ne pas se prononcer trop tôt, même quand on est au milieu d'une épidémie de variole (Cadet de Gassicourt[2]), et qu'il vaut mieux dans certains

1. P. 21, *l. c.*
2. P. 357, *l. c.*

cas réserver vingt-quatre heures son diagnostic.

La coexistence de la *varicelle* et de la rougeole, observée par M. Cadet de Gassicourt [1], revêt un aspect clinique qui peut encore davantage faire songer à la variole. Mais ce sont là des cas exceptionnels où l'on est presque toujours pris au dépourvu, parce qu'on ne pense pas à cette coexistence, à moins qu'on ne trouve entre les papules morbilleuses quelques grosses bulles caractéristiques de la varicelle.

C'est précisément dans ces cas complexes qu'on ne doit pas s'en laisser imposer par un seul symptôme : l'éruption cutanée par exemple. C'est par l'examen à fond, nous le répétons, et par la critique des symptômes qu'on évitera des erreurs toujours préjudiciables au malade et au médecin, surtout quand il s'agit de la variole.

C'est en suivant ces préceptes cliniques qu'on ne prendra pas, par exemple, la *scarlatine*, même la *scarlatine tachetée*, pour une rougeole.

La brièveté des prodromes, l'absence de catarrhe, l'angine, le début de l'éruption en dehors de la face, la nature de celle-ci, etc., tous ces symptômes ne prêtent pas à la confusion entre les deux maladies.

Le diagnostic de la rougeole avec la *rubéole* n'est pas toujours facile. Il repose sur un ensemble de signes et de différences qui doivent être analysés chacun avec soin.

1. P. 358, *l. c.*

La période d'incubation de la rubéole est de 12 à 15 jours; sa période d'invasion est courte, quelquefois nulle; dans tous les cas, elle n'excède pas 12 à 24 heures, et ne s'accompagne pas de symptômes généraux bien marqués. L'éruption, qui débute aussi par la face, est très semblable à celle de la rougeole. On a dit que les taches étaient plus larges, moins irrégulières, d'une coloration plus foncée; mais ces caractères n'ont pas grande valeur diagnostique. Sur le reste du corps on peut constater une éruption semblable; mais sur certains points, en particulier sur les membres et sur le cou elle s'accompagne d'une rougeur diffuse, scarlatiniforme, de couleur framboisée, violacée, qui n'a rien de commun avec la rougeole, même quand celle-ci est très confluente. Un bon signe sur lequel a insisté M. Talamon, c'est que le catarrhe des muqueuses, qui existe souvent et qui rend la confusion plus facile avec la rougeole, *suit l'éruption* cutanée et ne la précède pas.

Enfin on notera dans la rubéole un gonflement de tous les ganglions lymphatiques du cou, qui sont quelquefois apparents à la vue et douloureux.

L'adénopathie morbilleuse, quand elle existe, n'atteint jamais cette acuité.

Le catarrhe des muqueuses peut acquérir une certaine intensité, tout comme dans la rougeole. L'angine est à peu près constante avec gonflement des amygdales et s'accompagne de rhinite, de rhinobronchite, de conjonctivite. On voit donc com-

bien ces symptômes peuvent être trompeurs, si on ne tient pas compte de leur chronologie.

Un dernier caractère est tiré de la durée de l'exanthème, beaucoup plus tenace que celui de la rougeole et persistant dans son acmé de quatre à cinq jours, se renouvelant parfois pendant huit à dix jours, mais toujours avec ses caractères polymorphes : mélange d'érythème scarlatiniforme et de papules morbilliformes. Enfin, dernier caractère, l'intensité du catarrhe des muqueuses semble proportionnelle à celle de l'éruption cutanée.

Ce n'est guère qu'à son début, lorsqu'il n'existe que quelques papules rouges disséminées, qu'on peut confondre l'*érythème polymorphe* avec la rougeole et principalement avec la rougeole boutonneuse. L'absence du catarrhe oculo-nasal; le début ordinaire de l'éruption par les membres, mains et pieds notamment, au niveau desquels les taches arrivent à confluer avec une abondance qu'on ne voit pas dans la rougeole; les phénomènes généraux du début; les conditions particulières dans lesquelles l'érythème se montre; enfin plus tard, l'apparition d'*éruptions polymorphes*, ne permettent pas longtemps la confusion. C'est dans ces cas douteux qu'il faut savoir attendre un jour ou deux avant de se prononcer.

On ne pourra guère confondre la rougeole avec une éruption généralisée d'*urticaire*. Cependant certaines poussées urticariennes, à petits éléments; peuvent avoir une certaine ressemblance avec elle (Thibierge, comm. orale). Elles s'en distingue-

ront en tenant compte du début rapide de l'éruption, du prurit qui l'accompagne, de la délitescence rapide des éléments éruptifs, enfin de la présence d'éléments ortiés typiques, plus larges, surélevés, à centre blanc.

La rougeole très légère[1] est facilement confondue avec la *roséole*, soit avec la roséole spontanée, soit qu'il s'agisse d'une roséole artificielle.

Quand la roséole est apyrétique, le diagnostic est facile. Mais si elle s'accompagne de fièvre et de quelques phénomènes congestifs du côté des muqueuses du nez ou des voies aériennes, l'erreur est plus facile, soit qu'on prenne une rougeole atténuée pour une roséole, soit qu'on prenne, au contraire, celle-ci pour une rougeole. Dans tous les cas cette confusion n'est pas indifférente pour l'isolement des malades.

L'existence d'une rougeur ponctuée de la gorge n'a pas une valeur absolue contre le diagnostic de roséole, puisque celle-ci peut s'accompagner d'un certain degré d'angine (Picot).

On pourra se baser sur les signes suivants :

Les papules ont un peu plus de relief et sont plus abondantes à la face dans la rougeole, qui se spécifiera encore davantage par le catarrhe laryngo-oculo-nasal, par la fièvre qui est plus élevée que dans la roséole. L'absence de catarrbe dans la rougeole doit être considérée comme une rareté telle que le diagnostic de roséole doit presque toujours être

1. Voyez plus loin : *Rougeoles bénignes.*

porté dans ce cas. (Roger, Damaschino, Picot, Sanné.)

Les prodromes de la roséole sont également d'une durée plus courte, deux ou trois jours; l'éruption s'efface plus vite, en deux, trois, quelquefois quatre jours.

La *roséole saisonnière* a une invasion fébrile de courte durée ou nulle, et ne s'accompagnant pas de catarrhe oculo-nasal. L'éruption, composée de taches roses, se fait en une seule poussée, et ces taches apparaissent après vingt-quatre heures d'invasion. Sur les membres, les taches peuvent s'étendre en placards rouges. L'éruption est légèrement prurigineuse et disparaît au bout de un ou trois jours. La desquamation est nulle ou furfuracée, et les muqueuses pendant la maladie sont peu ou pas frappées.

Dans certains cas, la *roséole syphilitique* peut prêter à la confusion, surtout quand elle revêt la forme confluente. On se basera sur les caractères suivants, qui appartiennent à la roséole syphilitique.

Celle-ci est constituée par des taches non saillantes, irrégulièrement arrondies, de la dimension d'une lentille à une pièce de 50 centimes, quelquefois ponctuées. D'un rose tendre ou blanc, elles prennent avec le temps une couleur rose foncé, sombre, ne s'effaçant plus que difficilement sous le doigt et devenant plus tard d'un ton jaunâtre sale. Le début de l'éruption se fait par les flancs et par les faces latérales du thorax, exceptionnelle-

ment par la face ; jamais l'éruption n'envahit les mains ou les pieds. Elle se fait insensiblement, sans prurit, et coïncide avec l'acmé de la fièvre secondaire.

L'éruption est en général discrète, mais dans certains cas elle peut avoir une confluence extrême, s'accompagner de bouffissure de la face : c'est dans ces cas que le diagnostic avec la rougeole peut être plus difficile à première vue.

Indépendamment d'autres caractères qu'on devine, l'éruption syphilitique met une semaine environ avant d'atteindre son maximum, et elle s'accompagne d'autres types éruptifs, papuleux, papulo-squameux, qui permettent d'éviter une grave erreur.

La *roséole vaccinale* demande une mention spéciale. En dehors de la connaissance d'une vaccination récente, faite huit à dix jours auparavant, le médecin pourra se guider sur les caractères suivants : la roséole vaccinale se compose de macules rouges, arrondies, quelquefois annulaires, à bords déchiquetés, se montrant sur la face, sur le tronc et sur les membres, mais qui apparaissent et disparaissent en vingt-quatre ou quarante-huit heures sans laisser de traces sur la peau, ni marbrures ni desquamation. Il n'y a pas de catarrhe des muqueuses.

Les différents *érythèmes infectieux* sont avant tout polymorphes. M. Herbland-Morin en a décrit une variété qui pourrait plus spécialement prêter à la confusion avec la rougeole. S'accompagnant des

signes d'un embarras gastrique fébrile, il se présente sous forme de papules rosées, de la grosseur d'une lentille à une pièce de 50 centimes, se réunissant quelquefois en plaques. Les éléments éruptifs siègent sur les membres, sur le tronc, rarement à la face; l'exanthème s'accompagne d'un énanthème sur le pharynx et sur l'isthme du gosier. Débutant de douze à trente-six heures après la fièvre initiale, il disparaît en un ou deux jours, laissant à sa place une pigmentation jaunâtre.

M. Hontang a décrit dans sa thèse les caractères qui distinguent la rougeole de la *suette miliaire à forme rubéolique*. La période prodromique n'est que de deux à trois jours, ou manque; les catarrhes sont peu accusés; le coryza est exceptionnel. L'éruption perd dès le premier jour son caractère nettement rubéolique pour se recouvrir de vésicules miliaires; bien plus il devient scarlatiniforme en totalité ou par places, tandis que l'éruption miliaire s'accentue.

Les sueurs abondantes; les phénomènes nerveux — étouffements, intermittences cardiaques; la desquamation très marquée; les poussées secondaires; la récidive; l'absence de complications broncho-pulmonaires, sont autant de symptômes qui distinguent de la rougeole cette forme clinique de la suette.

Le diagnostic est plus délicat quand il s'agit de la rougeole *compliquée de miliaire*. Le diagnostic repose alors sur l'absence de phénomènes nerveux;

1. *La Suette miliaire à forme rubéolique*, Thèse de doct. Paris, 1888.

sur la date d'apparition successive des deux éruptions, — cinquième jour pour la rougeole, septième ou huitième pour la miliaire; — sur le caractère de la desquamation, qui est presque toujours furfuracée[1].

Parmi les différents *érythèmes médicamenteux*, nous devons signaler les érythèmes provoqués par l'ingestion du sulfate de quinine, du chloral, de l'antipyrine, du copahu, de l'iodure de potassium.

La *roséole quinique* est, il est vrai, rarement morbilliforme, et même dans ce cas elle ne prête pas longtemps à la confusion : elle est plus ou moins prurigineuse; son extension et son évolution sont rapides.

La *roséole chloralique* prend quelquefois l'aspect d'une éruption morbilliforme. Elle se caractérise dans ce cas par une absence de fièvre, la disparition rapide de l'exanthème, qui est éphémère. Elle se localise au tronc et à la face et prend souvent l'aspect purpurique.

Barbillon a décrit une éruption provoquée par l'ingestion de l'alcool chez les sujets soumis au traitement chloralique, et que nous avons eu l'occasion d'observer également à la même époque à l'hôpital des Enfants-Malades (1885). L'éruption survenait chez les enfants soumis à la médication chloralique (2 à 4 grammes par vingt-quatre heures) un quart d'heure environ après l'ingestion d'une boisson alcoolique (banyuls, vin de Bordeaux, thé

1. CHEDEVERGNE. *Acad. de méd.* 1887. — *Rev. gén. de clinique et de thérap.* 1887.

au rhum). Elle débutait par la face, envahissant la peau et les muqueuses — conjonctive, face interne des joues, voûte palatine, quelquefois pharynx — sans douleur, sans démangeaison. L'éruption consistait en des taches d'un rouge vif, puis vineux et violacé, d'une couleur uniforme, un peu tuméfiées, formant par leur réunion des îlots irréguliers.

Elle se développait surtout sur les parties du corps exposées au frottement; sa durée variait depuis un quart d'heure jusqu'à cinq ou six heures, puis elle disparaissait sans laisser de traces.

L'érythème *copahivique* peut prêter davantage à la confusion, car dans certains cas il s'accompagne de bouffissure de la face et de congestion des muqueuses de l'œil, de la bouche et du pharynx. Dans cette forme, où l'éruption est généralisée, on constate l'existence de plaques scarlatiniformes sur le tronc. En dehors d'elles, on retrouve des éléments éruptifs arrondis, rouges, lie-de-vin, s'effaçant à peine sous le doigt, quelquefois papuleux et saillants. L'éruption en dehors de ces caractères distinctifs est prurigineuse, et les mains du patient sont d'un rouge uniforme, cramoisi, jus de framboises.

Dans la forme discrète, l'éruption, formée de petites taches rouges à bords plus ou moins irréguliers, un peu prurigineuses, se limite au coude, au poignet, aux genoux, aux malléoles, principalement du côté de l'extension.

Les érythèmes dus à l'*antipyrine*, à l'*iodure de potassium*, sont également à mentionner, et s'accom-

pagnent, dans ce dernier cas, d'une éruption d'acné ou de taches purpuriques. La confusion peut être faite d'autant plus facilement que l'éruption iodique s'accompagne d'un catarrhe oculo-nasal et quelquefois de trachéo-bronchite. Mais M. Fournier a observé que l'éruption iodique ne se montre guère que sur les jambes. Les taches, purpuriques, sont petites, allant d'un grain de millet à une petite lentille; elles sont irrégulièrement arrondies, quelquefois déchiquetées. Jamais l'éruption ne se montre sous forme de taches confluentes ou de placards. Cependant M. Lemoine [1] a observé un cas d'éruption généralisée, et ayant offert des plaques éruptives ressemblant grossièrement à celles de la rougeole. Mais l'éruption, prurigineuse, avait débuté par les jambes, et sa marche, son origine éclairaient suffisamment le diagnostic.

Les éruptions dues à l'*antipyrine* affectent quelquefois la forme rubéolique. Elles sont constituées par des taches rosées, claires, disparaissant par la pression, débutant sans prédilection par la face ou par les membres, à prurit variable. Quelquefois elles sont un peu urticariennes. Elles apparaissent un certain temps après le début du traitement et quelquefois un jour ou deux après sa suppression. Il existe du catarrhe oculaire, un peu d'érythème pharyngé, mais le coryza ne s'observe pas. Leur évolution est rapide : elles durent deux jours

1. G. Lemoine. Du purpura iodique : *Méd. mod.*, 1891, p. 881.

en moyenne, et disparaissent sans desquamation (Thibierge, comm. orale).

En pratique, le diagnostic de la rougeole ne prête pas à une analyse aussi compliquée, lorsque tous les symptômes habituels sont à leur place. Ce n'est que dans les formes moins caractérisées, lorsque le catarrhe est peu prononcé, ou que l'éruption est anormale, que ce diagnostic doit être analysé dans toute sa rigueur. Dans ce cas, le médecin ne saura jamais trop s'enquérir des conditions au milieu desquelles s'est développée l'éruption, de la marche et de l'aspect de celle-ci, des phénomènes généraux qui l'accompagnent ou qui l'ont précédée, Il évitera ainsi des erreurs de diagnostic qui entraînent des erreurs de prophylaxie et d'hygiène.

CHAPITRE VI

FORMES ANOMALES DE LA ROUGEOLE

Anomalies dans l'éruption muqueuse ou cutanée. — Conditions qui influent sur l'éruption. — Absence du catarrhe des muqueuses. — Intensité extrême de ce catarrhe.

Anomalies dans la durée des prodromes. — Répercussion sur l'éruption cutanée.

Anomalies dans le siège.

Formes anomales de la rougeole.

Les anomalies de la rougeole peuvent porter :

1° Sur l'élément éruptif — muqueuses, peau;

2° Sur la durée relative des diverses périodes : incubation, éruption ;

3° Sur le siège de l'éruption ;

4° Sur la gravité en plus ou en moins des accidents, en l'absence de toute complication étrangère à la maladie.

Ce groupe comprend les *formes cliniques de la rougeole.*

1. *Anomalies de l'éruption.* — Nous serons bref sur les anomalies de l'éruption cutanée considérée en tant que symptôme isolé. Leur importance dépend moins en effet de ces anomalies elles-mêmes que des conditions dans lesquelles elles se développent. Il n'y a aucune comparaison à établir, par exemple, entre l'exanthème avorté des formes compliquées, des rougeoles secondaires, ou de celles qui se développent chez les enfants cachectiques; et celui qui est la caractéristique de ce qu'on a appelé la rougeole abortive, la rougeole sans exanthème.

Différentes causes peuvent agir pour modifier l'aspect classique de l'éruption. Au premier rang, il faut citer la virulence plus ou moins grande de l'agent morbilleux et le terrain sur lequel il évolue. La lésion peut être minime, parce que le microbe a lui-même une virulence atténuée, ou au contraire parce que l'organisme affaibli ne réagit pas normalement sous l'influence du microbe ou de ses produits toxiques, soit par suite d'un état de débilitation antérieur, soit par suite d'une complication surajoutée (éruption rentrée ou mal sortie). Ou bien enfin, sous l'influence d'un virus très actif, l'éruption peut être extrêmement violente, — forme synochale ou inflammatoire, — ou, à un degré plus élevé, s'accompagner de phénomènes anormaux dus à une altération profonde du sang et des vaisseaux, — éruption hémorrhagique.

On trouvera dans le chapitre consacré aux *formes cliniques* tous les renseignements concernant ces anomalies d'aspect dans l'éruption.

Nous ne devons pas, dans tous les cas, oublier que l'éruption cutanée n'est que le second acte de la maladie. Aussi l'éruption des muqueuses se présente-t-elle avec des caractères plus constants. Cependant il est des cas où l'énanthème est si peu marqué dans la première période qu'il peut passer inaperçu. Dans la période d'éruption, il réapparaîtrait dans certains cas avec ses caractères sur les muqueuses des bronches et des conjonctives surtout, plus rarement sur la muqueuse du nez et de l'intestin (Sanné). Quant à son absence complète, elle est mise en doute par de nombreux observateurs, et M. Sanné fait remarquer qu'on a confondu alors des roséoles avec la rougeole. Une des preuves que cet auteur en donne, c'est que, chez ces malades, la rougeole ne serait pas rare dans les années qui suivent; ce qui, soit dit en passant, n'est pas un argument sans réplique.

Inversement, cet exanthème peut être d'une intensité extrême, et nous verrons que par lui seul il peut menacer la vie quand il se localise sur certaines muqueuses. Certaines épidémies ont pour caractéristique précisément ces localisations particulières de l'énanthème, créant ainsi des types cliniques où c'est bien l'agent morbilleux seul qui semble être en jeu.

L'exagération de la sécrétion muco-purulente, la photophobie, le gonflement énorme et la rougeur extrême des paupières avec chémosis, la tuméfaction des narines et de la lèvre supérieure, les symptômes laryngés et broncho-pulmonaires graves :

toux à timbre rude, aboyant, laryngite striduleuse, douleur à la pression sur le larynx et la trachée, dyspnée, anxiété hors de proportion avec son importance habituelle, tels sont les principaux symptômes de cette exagération de l'énanthème. Les symptômes intestinaux, outre une diarrhée abondante, peuvent se caractériser encore par des phénomènes dysentériformes — selles sanglantes et par du ténesme [1].

II. *Anomalies dans la durée des périodes.* — La période qui correspond à l'éruption des muqueuses est, comme nous l'avons vu, en général de quatre jours. Sans cause bien nette, cette durée peut être prolongée. Elle atteint cinq, six, huit jours (Trousseau), dix jours (Secrétan [2]), treize jours (Rilliet), seize jours (Barthez). Mais ce sont là des cas exceptionnels. Les symptômes de catarrhe sont alors en général d'une intensité moyenne, et l'éruption cutanée qui les suit présente les mêmes caractères de confluence.

D'autres fois au contraire, ils acquièrent une violence inusitée : dans ces cas, ou bien leur durée s'abrège, et on observe une éruption cutanée d'une confluence extrême (Sanné) [3], ou bien au contraire

1. M. Laveran, dans l'épidémie de 1860, a observé des symptômes cholériformes, mais dans le décours de l'éruption cutanée, alors qu'aucun symptôme n'avait attiré dans les périodes précédentes l'attention sur l'intestin. Il est probable qu'il y a là, en raison de l'époque d'apparition, des phénomènes imputables à une infection secondaire.

2. *Soc. vaudoise de méd.*, 1888.

3. P. 389.

ils se prolongent, et alors ils présagent une éruption cutanée anomale et mal sortie.

L'apparition d'une broncho-pneumonie dans le stade d'invasion ou l'existence d'un énanthème intense sur la muqueuse bronchique sont une des causes connues du retard de l'éruption.

La question de durée des prodromes a donc, dans l'espèce, une importance extrême, puisque, dans un cas, il s'agit d'une poussée éruptive, violente il est vrai, mais partagée entre les muqueuses et la peau, et qu'on observe en particulier chez les enfants vigoureux[1], tandis que, dans l'autre, c'est aux dépens de celle-ci que semble se faire l'éruption, qui se localise sur les muqueuses et plus spécialement sur la muqueuse des voies aériennes.

Dans ce cas, la localisation anormale et intense sur une muqueuse explique jusqu'à un certain point le retard de l'éruption.

Il est bon d'ajouter, d'ailleurs, que l'apparition d'une complication interne n'exerce pas toujours cette action suspensive sur l'éruption. Dans certaines rougeoles à poussées éruptives violentes, on peut constater que les phénomènes broncho-pulmonaires n'empêchent pas l'apparition sur la peau d'une éruption confluente et d'un rouge vif (Henoch).

Ces faits contradictoires montrent une fois de plus combien peu il faut attribuer d'importance à un seul symptôme pris à part. Et, en réalité, il est

1. Henoch, *l. c.*, p. 541.

probable que ces cas ne sont nullement comparables entre eux, du moins quant à leur pathogénie et à la nature des accidents broncho-pulmonaires.

Exceptionnellement il y a un arrêt brusque dans la marche des symptômes d'invasion, jusque-là régulière. Cet arrêt se produit au deuxième ou troisième jour. Au bout de trente-six ou quarante-huit heures, l'évolution de la maladie reprend et se continue (Sanné [1]).

III. *Anomalie dans le siège.* — La manière dont se fait l'éruption a paru plus importante à certains observateurs (Henoch [2]) : c'est ainsi qu'au lieu de débuter par la face elle peut se montrer d'abord sur le dos et sur la poitrine, pour de là rayonner irrégulièrement. Cette anomalie annoncerait une terminaison défavorable.

On ne peut citer que comme des curiosités scientifiques le cas d'une jeune fille (*Journal de Rust*, 1829) qui, n'ayant jamais eu de sueurs que d'un côté du corps, eut une éruption morbilleuse limitée de ce côté, et celui d'un malade (Rilliet et Barthez) souffrant d'une paralysie incomplète des jambes, chez qui la rougeole ne frappa que les membres inférieurs.

1. P. 389.
2. P. 532.

CHAPITRE VII

FORMES CLINIQUES

Rougeoles bénignes.— Rougeole abortive. — Rougeole fruste. — Description. — Rougeole sans catarrhe. — Rougeole sans éruption (*Morbilli sine morbillis*). — Légitimité de ces formes.

Rougeoles graves. — *Rougeole inflammatoire* ou synochale. — Description, gravité, complications.

Rougeole suffocante, dyspnéique ou pulmonaire. — Elle est due à une localisation intense du catarrhe spécifique sur l'arbre bronchique. — Description, gravité, complications.

Rougeole hémorrhagique. — Symptômes généraux. — Hémorrhagie de la peau et des muqueuses. — Étiologie, diagnostic. — Rougeole hémorrhagique d'emblée.

Rougeole ataxo-adynamique. — Symptômes généraux du début, graves ou non. — Description, gravité extrême, diagnostic précoce de cette forme. — Diagnostic différentiel, grippe à forme nerveuse.

Formes cliniques.

Sous ce nom nous décrirons les aspects divers que peut prendre la rougeole, en dehors de la forme normale et classique. Ces formes ne reposent pas

naturellement sur un seul symptôme, mais sur un ensemble de phénomènes qui donnent à chacune d'elles une allure propre quant à la marche et à la terminaison.

On les a divisées, selon leur gravité, en *rougeoles bénignes* et *rougeoles malignes*. Elles ont été classées selon l'importance des symptômes dominants qui les caractérisent : leur division est donc purement symptomatique.

Une relation constante, observée dans certains cas, entre l'intensité de l'éruption ou sa fugacité et la bénignité des symptômes généraux, a fait reconnaître des ROUGEOLES BÉNIGNES divisées en :

1° *Rougeoles abortives;*

2° *Rougeoles frustes.*

Dans le groupe des ROUGEOLES GRAVES, que lie entre elles l'importance des phénomènes généraux, on reconnaît deux variétés dans lesquelles l'éruption cutanée offre un aspect spécial et caractéristique ; ce sont :

1° La *rougeole inflammatoire ou synochale ;*

2° La *rougeole hémorrhagique.*

Une autre variété correspond à la localisation excessive de l'éruption sur l'arbre broncho-pulmonaire : c'est la *rougeole dyspnéique ou suffocante.*

Enfin, en tenant compte de l'exagération jusqu'au danger des phénomènes nerveux de la maladie, on a reconnu *la rougeole ataxo-adynamique.*

Ces formes graves de la rougeole sont rares. On les observe cependant avec une plus grande fréquence dans certaines épidémies.

Nous devrons signaler encore, parmi les variétés cliniques que peut revêtir la rougeole, deux types qui tirent leur caractère distinctif et de l'âge des sujets et du terrain sur lequel la rougeole évolue.

Au premier se rattache la *rougeole des très jeunes enfants*, et au second celle qui se montre *chez les sujets débilités*, *cachectiques*, ou chez les convalescents d'une maladie grave, et qui, trop souvent, dans ce cas, pourrait, être appelée rougeole terminale. Ces rougeoles sont appelées *rougeoles secondaires*. Elles feront l'objet d'un chapitre spécial.

ROUGEOLES BÉNIGNES

Elles comprennent les *rougeoles abortives* et les *rougeoles frustes* (d'Espine).

Le type des *rougeoles abortives* est représenté par les cas dans lesquels, après des prodromes ordinaires, on voit l'éruption se montrer avec ses caractères habituels, mais disparaître après un jour ou deux, laissant le malade en convalescence dès le cinquième ou le sixième jour; ou bien par ceux dans lesquels tous les symptômes sont atténués. La fièvre est à peine marquée; l'éruption des muqueuses, celle de la peau sont si peu accusées qu'on pourrait hésiter à ranger ces cas dans le cadre de la rougeole, si ces formes légères ne donnaient lieu parfois, par contagion à d'autres enfants, à des cas de rougeole typiques[1].

1. On verra là une analogie avec certaines fièvres infectieuses avec le typhus abortif par exemple, d'une part, et avec le typhus lævissimus.

Dans les rougeoles *frustes*, c'est un symptôme important qui fait complètement défaut : fièvre, éruption des muqueuses ou éruption cutanée.

Ces formes, parmi lesquelles il convient de ranger les rougeoles sans catarrhe (éruption des muqueuses) et les rougeoles sans éruption cutanée (*morbilli sine morbillis*), ont été vues surtout dans le cours des épidémies de rougeole.

Thomas, qui a observé la première de ces formes, l'a signalée surtout chez les jeunes enfants, qu'elle mettait à l'abri d'une attaque ultérieure de rougeole. C'est là certainement un argument sérieux en faveur de sa nature morbilleuse. Cependant la plupart des auteurs la rattachent à la roséole (d'Espine, Sanné).

L'existence de la rougeole sans exanthème a été aussi contestée. De nombreux et sérieux observateurs l'ont pourtant signalée (Sydenham, Trousseau, Blache, Rilliet et Barthez). Seitz a même observé une desquamation furfuracée dans des cas où l'éruption n'avait pas eu lieu ou avait pu passer inaperçue par sa fugacité (?). En dehors de toute épidémie, il est certain que des cas de ce genre n'éveilleraient pas l'idée de la rougeole; et pourtant dans le cours des épidémies, on observe des malades qui présentent de la fièvre, du catarrhe et chez qui il ne se produit pas d'éruption ou bien chez qui elle est si discrète et si fugace qu'elle passe absolument inaperçue. Quelques rougeurs sur la face, quelques taches caractérisées et c'est tout. S'agit-il là en réalité d'une rougeole, mais d'une rougeole préma-

turément abortive avant l'éruption cutanée? L'hypothèse n'a rien qui puisse heurter l'esprit avec nos connaissances sur la nature du catarrhe. La difficulté qu'on a à admettre de semblables formes de la rougeole tient à ce qu'on n'a pas assez à l'esprit la nature spécifique et éruptive du catarrhe des muqueuses. Or, celui-ci, ainsi que nous l'avons vu, n'est que le premier acte de la poussée éruptive. Si l'on réfléchit que l'activité du virus morbilleux peut se trouver éteinte après la poussée des muqueuses, soit par suite d'une virulence affaiblie ou des conditions de terrain sur lequel il se trouve agir, l'absence de l'éruption cutanée paraîtra aussi rationnelle que sa fugacité dans les formes abortives. En réalité, la rougeole sans éruption cutanée serait le type des rougeoles abortives. Son existence ne saurait donc être mise en doute, tant à cause de l'autorité des observateurs qui l'ont décrite qu'à cause des conditions épidémiques où elle se montre.

ROUGEOLES GRAVES

Les rougeoles graves comprennent les cas dans lesquels les phénomènes locaux et généraux revêtent une intensité exceptionnelle. Mais parmi elles, il en est qui ne sont que l'exagération pure et simple des phénomènes normaux : telle est la forme clinique qu'on a appelée *inflammatoire ou synochale*, dans laquelle les phénomènes généraux sont en rapport avec les phénomènes éruptifs.

L'intensité de la poussée congestive sur les muqueuses et sur la peau semble en effet donner à la maladie un cachet inflammatoire. Dans le même cadre se range également la *forme suffocante*, due à une localisation d'une intensité anormale sur l'arbre broncho-pulmonaire, et suffisante pour donner à la maladie un aspect spécial par suite de la prédominance des troubles respiratoires.

Inversement, il arrive que l'agent morbilleux semble avoir acquis une virulence toute particulière, et *les formes morbides* revêtent cliniquement *une malignité* toute spéciale. Cette virulence se révèle soit par des signes d'altération du sang (*rougeole hémorrhagique*), soit par des phénomènes généraux nerveux et fébriles d'une gravité exceptionnelle (*forme ataxoadynamique*).

Ces différents types de rougeole maligne peuvent exister à l'état de cas isolés, soit dans le cours d'une épidémie, soit en dehors d'elle, et ils peuvent tenir à des résistances individuelles propres aux sujets frappés.

Mais le plus souvent ils se montrent avec une extrême fréquence dans certaines épidémies morbilleuses. Ils apparaissent alors comme une manifestation directe du génie épidémique ou, mieux, de la virulence de l'agent morbilleux. Nous avons déjà eu l'occasion de signaler ce fait à propos des phénomènes intestinaux.

I. *Rougeole inflammatoire ou synochale.* — Une fièvre intense, des phénomènes généraux bruyants, une

éruption d'une confluence extrême, tels sont les signes fondamentaux qui caractérisent cette forme.

Dès le début, la fièvre est vive ; le thermomètre atteint 40 degrés et y reste à peu près stationnaire. Le pouls est rapide, plein, résistant. Les phénomènes nerveux du début sont exagérés : les enfants sont agités, agacés, inquiets ; la céphalalgie est violente ; un délire plus ou moins bruyant succède par instants à des périodes d'abattement et même de coma ; la respiration peut s'accélérer, et présenter les caractères de la dyspnée bulbaire.

L'éruption des muqueuses est intense ; l'éruption cutanée, *parfois en avance* [1], est caractérisée par des plaques congestives et exsudatives, saillantes, confluentes, qui envahissent rapidement tout le corps. C'est alors qu'on peut observer la forme boutonneuse et ecchymotique de l'éruption. L'exanthème conserve toute son intensité quatre jours, pendant lesquels les phénomènes généraux gardent leur caractère de gravité.

La défervescence est suivie d'une desquamation plus marquée que dans les rougeoles normales.

C'est dans cette forme qu'on voit surtout survenir la broncho-pneumonie et la diphtérie (Sanne). L'apparition de la première de ces complications modifie naturellement l'exanthème, qui rétrocède et pâlit quelquefois au moment où elle apparaît (*rougeole rentrée*).

En dehors de ces complications, en général

1. Ce qui a fait croire à certains observateurs qu'il y avait absence de prodromes.

l'éruption dure plus longtemps dans la rougeole synochale que dans la rougeole normale, surtout quand elle a offert le caractère ecchymotique. Ce fait tient plus alors à la nature de la lésion cutanée qu'à celle de la maladie dans le cas particulier. Il en est de même des suites de l'éruption des muqueuses qui ont été plus profondément atteintes.

Quoique grave, le pronostic de la rougeole inflammatoire n'est pas cependant fatal, si aucune complication ne se montre. Dans le cas contraire, le pronostic reste subordonné à la gravité de celle-ci, et la guérison est encore possible.

C'est surtout dans cette forme, où l'intensité de l'éruption, sa précocité sont plus grandes que le diagnostic peut être hésitant et qu'on peut songer à la scarlatine ou à une variole au début, surtout si on se trouve au milieu d'une épidémie de variole : dans ce cas on ne saurait trop réserver son diagnostic.

La rougeole synochale s'observe chez les enfants vigoureux et sanguins ; elle peut être fréquente dans certaines épidémies.

II. *Rougeole suffocante* (*dyspnéique ou pulmonaire*). — *Rougeole des bronches.* — *Bronchite capillaire épidémique de Laveran.* — Il faut distinguer la rougeole suffocante des accidents du même ordre qui surviennent plus tard dans le cours de la rougeole, et qui sont la conséquence du développement de la broncho-pneumonie, et qui doivent être alors probablement rattachés à des infections secondaires ; il faut la séparer aussi de la

broncho-pneunomie contemporaine de l'éruption.

L'époque à laquelle se montrent ici les accidents pulmonaires; leur fréquence dans le cours de certaines épidémies[1], où ils frappent en masse; les conditions dans lesquelles on a habituellement rencontré cette forme; l'absence, à l'autopsie, de toute hépatisation pulmonaire; toutes ces circonstances réunies doivent faire admettre qu'il s'agit d'une détermination morbilleuse sur les bronches. On doit l'envisager comme une localisation d'une intensité anormale de l'éruption des muqueuses bronchiques au détriment de l'éruption cutanée.

La rougeole suffocante sévit surtout, comme nous l'avons dit, épidémiquement, chez les petits enfants et chez les jeunes soldats principalement, surtout dans les cas d'agglomération de recrues ou dans le cas d'encombrement; elle a coïncidé souvent alors avec une température exceptionnellement basse. On l'a vue dans ces circonstances se montrer chez des malades ayant eu à subir les effets directs de cette température (Thomas) soit dans leur transport à l'hôpital, ce transport se faisant dans la première période; soit par suite d'un ensemble de conditions hygiéniques défectueuses (soldats en campagne).

Cette coïncidence ne doit pas être négligée : il se peut que le froid, en agissant sur les nerfs vasomoteurs cutanés, soit l'occasion sur les viscères et en particulier sur le poumon d'une poussée

1. Épidémie de Saint-Omer et de Lyon en 1840, de Nantes en 1842, de Boulogne en 1855, de Bicêtre en 1870.

congestive, qui ne peut s'effectuer vers la peau.

Dès les premières heures de la maladie, les accidents attirent l'attention du côté de l'appareil respiratoire. La dyspnée est précoce ; elle s'accompagne d'une toux fréquente et d'une expectoration muqueuse parfois très abondante.

L'éruption cutanée peut être extrêmement fugace ; si elle se montre, elle est pâle, mal venue, peu abondante.

En même temps, les symptômes pulmonaires s'aggravent, la toux est incessante, et l'expectoration, quand elle existe (adulte), est spumeuse et abondante, plus tard purulente. Elle s'écoule à la fois par la bouche et par les narines. Les malades dyspnéiques, asphyxiant, la face vultueuse, se cyanosent; ils se dressent sur leur lit, en proie à une angoisse extrême ; les mouvements respiratoires, précipités, se chiffrent par 50, 60, 80 respirations par minute (Thomas)[1]. A l'auscultation on n'entend pas autre chose que de l'affaiblissement du murmure vésiculaire avec quelques ronchus disséminés; un peu plus tard, des râles fins plus ou moins abondants.

On observe parfois (d'Espine, Thomas), chez les enfants, une détente dans la gravité des symptômes pulmonaires, lorsque paraît l'éruption, et si celle-ci se développe bien. Il se fait ainsi comme une dérivation, et l'enfant peut guérir sans complication ultérieure de broncho-pneumonie. On

1. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1890.

pourrait aider à cette dérivation (d'Espine) par une saignée. West a rapporté un fait heureux à l'appui de cette pratique.

Mais ces cas sont l'exception : la forme suffocante de la rougeole est presque toujours fatale. La mort arrive du cinquième au sixième jour; elle est le résultat soit de l'asphyxie progressive, soit d'une syncope.

Dans le premier cas, on voit l'agitation extrême du début faire place à la somnolence, puis au coma final, entrecoupé de convulsions chez les petits enfants.

L'autopsie montre une congestion bronchique intense, généralisée, une absence d'hépatisation pulmonaire et dans le cœur des caillots qui semblent être dans certains cas la cause de la mort.

Exceptionnellement la maladie traîne en longueur, avec des rémissions trompeuses, pour aboutir plus tard à la mort par hépatisation pulmonaire (d'Espine[1]), ou par broncho-pneumonie.

Le pronostic de la rougeole suffocante est donc presque toujours très grave ; cependant la guérison n'est pas impossible. On peut l'espérer s'il s'agit d'enfants vigoureux, si l'éruption cutanée se fait bien et si une détente des symptômes pulmonaires coïncide avec elle.

En l'absence de l'éruption ou de toute influence épidémique, l'erreur de diagnostic est presque inévitable avec la bronchite capillaire suffocante, simple ou grippale.

1. P. 13, *l. c.*

Les seules indications de traitement sont celles que nous avons déjà incidemmeut signalées, et qui consistent à faire une révulsion énergique sur la peau pour tâcher d'y rappeler l'éruption. On aurait retiré (Lombard) quelque avantage de la saignée ou des sangsues (West) à la base de la poitrine.

III. *Rougeole hémorrhagique.* — *Rougeole noire de Willan.* — Le virus morbilleux dans certaines circonstances semble avoir subi une exaltation telle qu'il détermine des altérations du sang et des vaisseaux ou des troubles nerveux vaso-moteurs capables de produire des hémorrhagies cutanées et viscérales. Déjà dans la première période on note parfois une dépression des forces et un abattement peu ordinaires ; l'éruption cutanée qui survient peut alors être hémorrhagique dès son apparition. Au contraire, les hémorrhagies cutanées peuvent ne se montrer qu'après celle-là. Dans ce dernier cas, l'éruption sort mal et pâlit rapidement. Vingt-quatre ou trente-six heures après le début de l'efflorescence, on voit apparaître, non seulement au niveau des taches morbilleuses mais entre celles-ci, des pétéchies caractérisées, des ecchymoses de dimensions variables.

En même temps, qu'il y ait eu déjà ou non des épistaxis pendant la première période, il se produit des hémorrhagies par les différentes muqueuses. Au premier rang comme fréquence, on observe des épistaxis, des hématuries, des hémorrhagies des gencives et de la bouche; plus rarement des mé-

trorrhagies, du melæna, quelquefois aussi des foyers apoplectiques dans les tissus (apoplexie du poumon : P. Oulmont[1]).

Ces hémorrhagies diverses, qui sont comme la marque de l'altération du sang et de la virulence du germe, ne vont pas sans des symptômes généraux d'une haute gravité.

La fièvre est ardente. Si les hémorrhagies se montrent après que l'éruption avait déjà paru et que la température, comme c'est la règle, fut descendue, la courbe thermique remonte pour atteindre 40° et plus ; le pouls est fréquent, vibrant ; le malade ne tarde pas à tomber dans la stupeur, présentant le cachet d'un état adynamique qui se déroule au milieu d'un délire plus ou moins violent. Des symptômes nerveux ataxiques sont habituellement observés, même chez les malades que la rougeole a surpris dans un état de santé vigoureuse. Ici la virulence de l'agent morbilleux semble bien être directement en cause, tandis que la plupart du temps la rougeole ne revêt la forme hémorrhagique qu'en raison du mauvais état de santé antérieur des sujets *cachectiques*, *misérables* ou *alcooliques*. La *rougeole secondaire*, comme nous le verrons, prend souvent ce caractère.

Si l'on consulte les anciens auteurs, la forme hémorrhagique de la rougeole aurait été plus fréquente autrefois qu'elle ne l'est aujourd'hui (d'Espine).

1. *Progrès médic.*, 1876.

La terminaison est le plus souvent fatale, la mort survenant au milieu de l'adynamie ou de phénomènes nerveux. A ce propos, la rougeole hémorrhagique d'emblée est la plus grave et ne pardonne pas. Cependant la guérison n'est pas impossible, et les chances de survie seraient d'autant plus grandes que les hémorrhagies apparaîtraient plus tard après l'éruption (d'Espine[1]).

Au point de vue du *diagnostic*, il ne faut pas perdre de vue que c'est la coexistence des hémorrhagies et des phénomènes généraux graves qui constitue la rougeole hémorrhagique : *l'apparition d'un épistaxis, d'une métrorrhagie dans le décours d'une rougeole normale*, n'a aucune valeur défavorable et ne constitue pas évidemment le syndrome que nous venons de décrire.

J'ai déjà parlé plus haut des caractères qui le distinguent de la rougeole confluente avec ecchymoses au niveau des taches.

L'existence du catarrhe spécifique, la constatation faite de l'éruption rubéolique à un certain moment, avec ses caractères classiques, l'étude attentive du temps écoulé depuis le début des accidents permettront de séparer la rougeole hémorrhagique des autres fièvres éruptives de même nature : *scarlatine*, *variole*, — et des différentes formes du *purpura* et de la *maladie de Verlhof*.

Il suffira, je pense, de mentionner l'*érythème noueux*, — ou l'*urticaire* à forme ecchymotique

1. P. 12, *l. c.*

pour qu'on évite une aussi grossière confusion.

Rougeole ataxo-adynamique. — La prédominance des accidents nerveux et la gravité des symptômes généraux permettent de décrire à part cette forme, qui, il faut le dire, est le cortège habituel de la rougeole hémorrhagique. De même que celle-ci, la rougeole ataxique est peu fréquente.

Dès le début, la maladie accuse son caractère de gravité. Une prostration inaccoutumée, une céphalée violente, des vertiges, de l'insomnie, de l'inquiétude, des convulsions répétées et tenaces, séparées par des périodes de coma ou de pesanteur de tête, des vomissements violents et répétés, accompagnés ou non d'une diarrhée profuse, tels sont les signes précurseurs qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic un médecin attentif à la valeur des symptômes.

Dans d'autres circonstances, au contraire, rien dans cette période ne peut faire prévoir une forme aussi redoutable, et ce n'est qu'après l'éruption cutanée que les accidents nerveux apparaissent. Cependant dans ces cas on note que la première période traîne un peu et on y observe une hyperthermie anormale et des phénomènes nerveux insolites dont il est prudent de toujours s'inquiéter une fois la maladie confirmée.

Le pouls est irrégulier, très fréquent, marquant 140, 150, 160 pulsations ; la température se maintient à 40° et plus. La langue et les lèvres sont sèches et se recouvrent de fuliginosités. Les mala-

des sont plongés dans la stupeur ou délirent avec des convulsions. Les accidents peuvent être tels que la mort survient dans l'abattement ou les convulsions avant l'apparition de l'exanthème. Sinon, la période d'invasion est allongée, l'éruption, tardive, se fait mal. Elle débute d'une façon insolite, par le dos ou par le tronc ; elle est pâle ou livide, mal sortie, discrète, fugace.

Les phénomènes nerveux, convulsions, coma, adynamie, qui avaient paru s'amender au moment de son apparition, reprennent une intensité nouvelle.

Le pouls se précipite et devient d'une petitesse extrême. La tension artérielle baissant, on note, à coté de l'hyperthermie centrale, du refroidissement périphérique, du collapsus, de l'anurie, avec sécheresse de la peau ; symptômes au milieu desquels le malade succombe de trois à quatre jours après l'éruption. Dans d'autres circonstances, des hémorrhagies cutanées et viscérales confondent cette forme avec la rougeole hémorrhagique : preuve de l'unité d'origine.

Si le malade échappe à ces accidents redoutables, il reste exposé à des complications non moins grandes, au premier rang desquelles il convient de ranger la gangrène. Dans le cours de la maladie, on peut aussi constater des manifestations d'une importance insolite sur la muqueuse : principalement sur celles du poumon ou de l'intestin.

Le pronostic est presque toujours fatal ; cependant si la maladie a frappé des enfants ou des adul-

tes vigoureux, et surtout si l'on intervient hâtivement en soumettant dès la première heure les malades à la balnéation froide, on peut avoir des succès qui paraissent de véritables résurrections.

Le diagnostic précoce de cette forme a donc de l'importance. On devra y songer lorsque les prodromes s'accompagneront des phénomènes nerveux insolites que nous avons signalés, lorsque leur durée s'allongera. On devra surtout se préoccuper de l'hyperthermie précoce et persistante, surtout si, en l'absence de toute complication viscérale apparente et surtout pulmonaire, elle existe au moment de l'éruption cutanée; si celle-ci est mal sortie, insolite dans son début, fugace dans son évolution ou anormale dans sa nature (hémorrhagique).

Le diagnostic différentiel dans les cas isolés pourra être difficile avec la *méningite* chez les enfants et avec la *grippe à forme nerveuse*, qui peut elle aussi s'accompagner d'un léger catarrhe des muqueuses. Mais plus souvent les conditions épidémiques dans lesquelles elle se développe seront d'un grand secours pour le diagnostic.

C'est surtout à cette forme qu'on devra appliquer le traitement par les bains froids (Dieulafoy). L'hyperthermie, les accidents nerveux, l'état serré du pouls, l'anurie en seront les principales indications.



CHAPITRE VIII

ROUGEOLE SECONDAIRE

I. *Chez les cachectiques.* — Formes graves de la rougeole.

II. *Dans le cours ou dans la convalescence des maladies aiguës :*

Dans la *fièvre typhoïde.* — Marche. — Allure grave. — Diagnostic avec les érythèmes morbilliformes, le typhus exanthématique avec éruption morbilliforme.

Dans la *scarlatine.* — Aspect clinique. — Évolution parallèle des deux maladies. — La rougeole est influencée par la scarlatine. — Le pronostic de la rougeole secondaire est plus grave.

Dans la *variole.* — Influence réciproque des deux maladies.

Dans la *vaccine.* — La rougeole arrête la marche du vaccin, mais n'en empêche pas l'action.

Dans la *varicelle.* — Coexistence surtout intéressante au point de vue diagnostic.

Dans la *diphtérie.* — Action dans les angines, dans les croups opérés. — Fréquence des complications broncho-pulmonaires. — Gravité de la rougeole. — Diagnostic avec les érythèmes infectieux morbilliformes de la diphtérie et certaines éruptions médicamenteuses.

Dans la *pneumonie*, dans la *tuberculose pulmonaire.* — La rougeole aggrave les lésions pulmonaires.

Dans *certaines dermatoses.* — Action favorable.

III. Dans la *grossesse* et dans l'*état puerpéral.* — Avortement; mort et rougeole du fœtus. — Grossesse à terme. — Innocuité dans l'état puerpéral.

Rougeole secondaire.

Sous ce nom on comprend les rougeoles qui surviennent :

1° Dans le cours de maladies cachectisantes chroniques ou d'états de vie habituelle et de santé amenant le même résultat ;

2° Dans l'évolution et dans la convalescence d'une maladie aiguë ;

3° Dans le cours de la grossesse et de l'état puerpéral.

I. — ROUGEOLE CHEZ LES CACHECTIQUES

Indépendamment de la virulence de l'agent morbilleux, on comprend que cette forme emprunte une gravité constante aux conditions dans lesquelles elle se développe et qui créent un terrain spécial pour son évolution.

Elle peut revêtir toutes les formes graves que nous venons de signaler. Ce qui la caractérise, c'est cette tendance particulière à prendre une allure sévère, jointe à la fréquence des complications qui s'y montrent.

Cependant elle n'est pas toujours fatale, et sa terminaison dépend du degré de résistance des sujets qu'elle frappe.

Chez les enfants cachectiques, son invasion est

d'autant plus insidieuse qu'ils sont eux-mêmes plus affaiblis. La première période peut passer inaperçue, et c'est à peine si à la seconde on peut reconnaître l'éruption morbilleuse, tant elle se fait mal et pâlit rapidement.

Des hémorrhagies, des accidents adynamiques surviennent alors, donnant selon les cas à la maladie sa marche spéciale, avec le pronostic plus ou moins grave qui est attaché à celle-ci.

Un des caractères les plus remarquables de ces rougeoles, c'est que la courbe thermique que nous avons vue être toujours si semblable à elle-même dans les formes normales ou même compliquées, ne représente plus l'aspect que nous lui connaissons. Tantôt la température s'élève au moment de l'éruption, tantôt elle s'abaisse, et elle ne constitue plus qu'un épiphénomène sans importance (Cadet de Gassicourt[1]).

Dans la convalescence, les complications pulmonaires sont presque la règle, tant à cause de l'état lamentable de santé où se trouvent les petits malades qu'en raison des conditions nosocomiales qui les entourent.

Nous n'insisterons pas sur les caractères des rougeoles secondaires. Elles affectent naturellement la marche de toutes les infections survenant chez un organisme débilité par une maladie antérieure : à ce point de vue, la rougeole se fait par exception.

La misère physiologique, le rachitisme, la syphi-

1. P. 368, *loc. cit.*

lis héréditaire ou acquise, les troubles gastro-intestinaux de l'enfance ; le surmenage, l'encombrement, la mauvaise alimentation, les fatigues et les revers de campagnes chez les soldats et chez les adultes, etc., telles sont les conditions de mauvaise santé qu'on rencontre le plus habituellement.

II. — ROUGEOLE SECONDAIRE SURVENANT DANS LE COURS OU DANS LA CONVALESCENCE DE MALADIES AIGUES

L'évolution de la rougeole semble peu influencée par l'existence antérieure ou contemporaine d'une pyrexie ou d'une fièvre éruptive. Si l'on fait abstraction d'ailleurs des *érythèmes infectieux à forme rubéolique* avec lesquels on l'a sûrement confondue, on conviendra que la rougeole dans ces circonstances prête plus à des considérations de diagnostic pur qu'à des descriptions didactiques.

Quoi qu'il en soit, il faut l'étudier dans la *fièvre typhoïde*, dans la *scarlatine*, dans la *variole*, dans la *varicelle*, dans la *diphtérie*. Nous dirons un mot de la rougeole qui survient dans le cours de la *tuberculose*, de la *pneumonie*, et de la *coqueluche* [1].

1. Il est bien entendu qu'il ne s'agit ici que de la rougeole secondaire à ces maladies, c'est-à-dire de la rougeole se développant en même temps qu'elles ou après elles. A un autre point de vue, le rapport de celles-ci avec la rougeole sera étudié à l'occasion des *complications*, c'est-à-dire lorsque ces maladies surviendront après la rougeole, à titre de complication ou à titre d'infections secondaires. Il y a là deux points

I. — La coïncidence de la *fièvre typhoïde* et de la rougeole est rare, elle ne se rencontre guère que dans les hôpitaux d'enfants. Henoch, Rilliet et Barthez, Bergeron en ont cité des exemples ; elle suppose naturellement une contagion dans le cours ou dans la convalescence de la dothiénentérie, contagion qui se trouve parfois réalisée à l'hôpital, ainsi que nous venons de le voir. Presque toujours c'est la rougeole qui succède à la fièvre typhoïde, et dans ces circonstances elle affecte habituellement une allure plus ou moins sévère ; mais il n'y a aucune règle fixe à ce sujet. En tout cas, la durée des périodes entre elles et la marche habituelle de la fièvre éruptive ne paraissent pas en être modifiées. Le pronostic est intimement lié au cas particulier qu'on a sous les yeux, tantôt bénin, tantôt grave, bien que la marche de la rougeole ait paru très grave dans la majorité des cas.

Mais il y aurait peut-être lieu de faire des réserves sur certains cas publiés, car la rougeole, dans ces circonstances, peut être confondue avec les *érythèmes morbilliformes* qui se montrent dans le cours de la dothiénentérie, plus spécialement après le deuxième septénaire, et qui ont été décrits en particulier chez les enfants par MM. Hutinel et Martin de Gimard.

Ces érythèmes, qui surviennent comme des manifestations infectieuses secondaires, revêtent

de vue de la question : par exemple, rougeole survenant chez les tuberculeux, ou, au contraire, tuberculose consécutive à la rougeole.

le type scarlatiniforme et purpurique, mais peuvent aussi être morbilliformes.

L'éruption dans ses caractères objectifs est celle de la rougeole, mais son siège diffère. Au lieu de débuter par la face et par le cou, elle se montre d'abord sur les mains, sur les avant-bras, sur les coudes, sur les genoux, sur les jambes et sur les fesses. Elle occupe, surtout aux membres supérieurs, les mains et les poignets, sauf sur la face palmaire. Les taches sont plus discrètes sur les bras. Les deux membres supérieurs sont parfois pris symétriquement. La face en est rarement le siège : si elle est envahie, l'éruption se voit surtout sur les paupières et autour de la bouche. Sur le tronc et sur les membres on observe souvent un exanthème scarlatiniforme. La partie centrale des taches, papuleuse, se recouvre très exceptionnellement d'une vésico-pustule. L'éruption non prurigineuse dure quatre à cinq jours, et se termine parfois par une véritable desquamation.

Cet érythème coexiste avec des ulcérations des lèvres, de la bouche, et du pharynx, et avec des symptômes de septicémie qui n'ont rien de commun avec la physionomie habituelle de la rougeole.

Des éruptions du même genre ont été observées et décrites chez les adultes par bon nombre d'observateurs. M. Lévy a réuni, dans sa thèse, à des observations personnelles celles qui avaient été publiées avant lui[1]. Voici les caractères qu'il leur attribue :

1. Voyez la bibliographie de cette thèse.

L'érythème morbilliforme débute dans le troisième septénaire de la fièvre typhoïde. Aucun symptôme général ne le décèle au début; il ne s'accompagne pas de catarrhe des muqueuses. Les taches roses varient entre elles jusqu'à atteindre les dimensions d'une lentille ou d'une pièce d'un franc. L'éruption est déjà généralisée au bout de douze à vingt-quatre heures. L'élément éruptif est constitué par une tache centrale, plus foncée, ecchymotique, et par une zone périphérique rose disparaissant progressivement vers la périphérie, sans rebords nets. On n'observe pas de dispositions en croissant. L'éruption est plus prononcée à la face dès le début, elle y forme des plaques irrégulières, scarlatiniformes, envahissant les oreilles, mais respectant le cuir chevelu. Les membres se prennent après le tronc. Le troisième jour, l'éruption décline, se fonce, devient brunâtre, puis noirâtre, et le quatrième jour il ne reste plus que les points hémorrhagiques. Les démangeaisons sont rares, la desquamation exceptionnelle. L'éruption ici encore coïncide avec des phénomènes généraux graves.

Le diagnostic dans ces cas doit être fait avec le *typhus exanthématique*, dont l'éruption morbilliforme pourrait prêter à la confusion. L'intensité des phénomènes généraux initiaux, le début de l'éruption au niveau de la partie antérieure de l'aisselle ou sur les parties latérales du ventre et respectant la face et le cou; l'absence de catarrhe bronchique; enfin le milieu et les circonstances dans lesquelles on observe le malade, etc., seront

les éléments d'un diagnostic qu'on n'a pas souvent à se poser, dans nos pays du moins.

Inversement, certaines rougeoles graves, qui peuvent s'accompagner de rougeur et de sécheresse de la langue, et dont l'éruption retardée fait durer plus longtemps l'incertitude, peuvent prêter à la confusion et faire songer à une fièvre typhoïde qui n'existe pas.

II. — L'apparition d'une rougeole en même temps qu'une *scarlatine* a été signalée. On a pu en observer des exemples dans les hôpitaux avant l'isolement de ces maladies entre elles.

Dans les cas où la rougeole s'est développée sur une scarlatine en évolution, sa marche n'a pas semblé en être influencée : les deux éruptions ont évolué chacune pour leur propre compte. Dans deux cas dus à Dentan, on n'a pas noté d'élévation thermique au moment de l'apparition de la rougeole survenue le quatrième et le cinquième jour d'une scarlatine. Flesch a pu observer dans une famille une éruption simultanée de rougeole et de scarlatine, celle-ci un peu postérieure. Il a paru à cet auteur que la scarlatine avait au contraire un caractère abortif et atténué, et que la rougeole en évolution crée une immunité contre la scarlatine.

Cliniquement les deux éruptions se retrouvent avec leurs caractères, juxtaposés ou superposés ; avec leur localisation de prédilection, la rougeole à la face, la scarlatine aux plis inguinaux ou dans les aisselles. C'est là qu'il faut chercher pour faire son diagnostic.

Rilliet et Barthez ont enseigné que dans le cas de coexistence de la rougeole et de la scarlatine, la rougeole est toujours modifiée, et que, souvent, l'intensité des phénomènes généraux concomitants était en raison même de celle des éruptions. Lorsque la scarlatine se développe sur une rougeole, elle ferait rétrocéder celle-ci sur les muqueuses, et augmenter la gravité des phénomènes broncho-pulmonaires.

D'après les faits recueillis par M. Bez, la rougeole et la scarlatine évolueraient au contraire comme nous venons de le voir plus haut, sans se troubler réciproquement. Cependant il faut distinguer, avec lui, deux cas.

Lorsque les deux éruptions coexistent, et que la rougeole est la première en date, l'exanthème morbilleux paraît avoir une durée plus courte. Si la scarlatine se montre le lendemain de l'éruption morbilleuse, celle-ci n'a pas le temps de se généraliser et l'éruption scarlatineuse occupe de préférence les régions laissées libres par la rougeole. C'est en somme ce que nous disions plus haut : l'une et l'autre éruption se retrouve avec ses caractères particuliers à son lieu d'élection.

Lorsque la rougeole au contraire se développe sur une scarlatine, l'éruption est souvent partielle, et si la rougeole se montre dans les vingt-quatre heures qui suivent l'éruption scarlatineuse, la durée de celle-ci en est abrégée, mais dans ces cas seulement : observation conforme au fait de Flesch. Les prodromes de la rougeole manquent le plus

souvent, à moins qu'ils n'existent déjà au moment de l'invasion de la double maladie,

C'est donc en somme la rougeole qui présente des irrégularités, et qui est influencée par la scarlatine. M. Bez ne pense pas que l'intensité anormale des phénomènes généraux de la rougeole soit constante.

« Quant à un balancement, à une sorte de contraste entre les éruptions et les phénomènes concomitants, opposition qui se traduirait par une intensité des symptômes généraux en raison inverse de celle de l'exanthème correspondant, aucune de nos observations n'en témoigne. Lorsqu'il y a existence simultanée de rougeole et de scarlatine, si l'on observe habituellement la prédominance du catarrhe morbilleux et de l'éruption scarlatineuse, cette double circonstance nous paraît dépendre uniquement de la diversité, de l'importance et de l'accessibilité des organes intéressés par la rougeole et, d'autre part, de la continuité et de la persistance de l'éruption scarlatineuse. » (Bez, thèse citée, p. 58.) Ce qui revient à dire que chacune des fièvres éruptives a ses lieux d'élection où elles prédominent, et que la scarlatine *occupant la peau*, ne pousse pas aux localisations excessives de la rougeole sur les muqueuses.

En général les deux maladies se succèdent à bref délai. Lorsqu'elles sont simultanées, il semble, d'après les deux cas dus à Blache et qui se sont terminés par la mort, que le pronostic en soit particulièrement sévère.

Cependant, ainsi formulé, le pronostic ne serait pas l'exacte expression de la vérité et il conviendrait de distinguer l'ordre dans lequel l'association des deux maladies se fait. D'après M. Bez, les modes d'association se rangent dans l'ordre suivant de mortalité *croissante* :

1° Succession des éruptions de rougeole et de scarlatine.

2° Coexistence de ces éruptions avec antériorité de la rougeole.

3° Coexistence avec antériorité de la scarlatine.

4° Apparition simultanée des deux exanthèmes ;

5° Succession des éruptions de scarlatine et de rougeole.

Ces deux dernières combinaisons sont les plus graves, elles se rencontrent surtout dans le milieu nosocomial. Il résulte donc de ces faits que la coïncidence avec la scarlatine présente le plus de gravité lorsque la rougeole est secondaire.

Il n'y a guère à faire le DIAGNOSTIC avec les *érythèmes infectieux* de la scarlatine, qui se voient chez les sujets ayant de grosses amygdales, ou des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, et présentant en ce moment des angines tenaces avec ou sans fausses membranes ; ces érythèmes étant plus souvent scarlatiniformes ou purpuriques.

Un autre diagnostic est à faire avec la *rubéole*.

Dans l'épidémie de rougeole qui a sévi en 1884 dans les départements de la Haute-Marne et de la Corse, il y a eu coexistence de scarlatine. Dans ces cas on a noté la

fréquence des formes hémorrhagiques de la rougeole. La mortalité a été énorme. En Corse, sur cinquante-huit cas M. le docteur Zuccarelli a eu trente décès : soit un peu plus de 50 p. 100. (*Rapport de M. Siredey en 1884 sur les épidémies, Acad. de médecine.*)

III. — M. Bez a réuni et étudié un certain nombre de cas de coexistence de la rougeole et *de la variole*. La rougeole n'influe alors sur l'éruption variolique qu'autant qu'elle lui est un peu postérieure, et que l'action de la fièvre morbilleuse coïncide avec l'époque de l'éruption variolique. Alors, la rougeole retarde la maturation des boutons, et ralentit la suppuration des pustules varioliques. Mais cette action suspensive ne s'exerce que pendant le stade fébrile de la rougeole, c'est un phénomène banal dans lequel il ne faut voir aucune action spécifique de celle-ci.

En dehors de ces circonstances, les deux maladies évoluent côte à côte sans se gêner et sans s'influencer; l'incubation de la variole chez les morbilleux a la même durée que chez les individus sains.

Lorsque les deux éruptions coexistent avec priorité de la rougeole, la durée de l'exanthème morbilleux a été un peu écourtée lorsque l'éruption variolique a paru dès le lendemain; lorsqu'il y a priorité de la variole, toute l'évolution de la rougeole a été hâtive, et la variole s'est montrée bénigne.

Lorsque les deux fièvres se sont montrées simultanément, la rougeole, quoique moins persistante qu'à l'état normal, prédomine cependant par ses

prodromes, par ses symptômes et par ses suites; la variole reste légère.

Le pronostic de cette coexistence se range ainsi par ordre de gravité croissante :

1° Apparition simultanée des deux exanthèmes;

2° Coexistence des deux éruptions, antériorité de la variole;

3° Coexistence : antériorité de la rougeole;

4° Succession des éruptions de rougeole et de variole.

IV. — La rougeole ne trouble pas l'incubation de la *vaccine*, mais elle en retarde la maturation, la suppuration et la dessiccation, de sorte que lorsque le stade fébrile morbilleux coïncidera avec une de ces trois périodes de la vaccine, celle-ci se trouvera influencée, sinon non.

La longueur du retard éprouvé par la vaccine est en raison directe de celle de la fièvre qui précède, accompagne, et quelquefois même (dans les cas graves) suit l'éruption de rougeole. (Bez, *loc. cit.*, p. 195.)

La vaccine, de son côté, n'influence en aucune façon la marche de la rougeole. Son influence sur les qualités du liquide vaccinal est nulle. Des expériences multiples (voir thèse de Bez, *loc. cit.*, p. 196 et précéd.) ont montré que dans ces circonstances, le sang des morbilleux ne transmet que la vaccine et non la rougeole.

Lorsque la rougeole se développe chez un sujet vacciné antérieurement, on ne note aucune irrégularité dans le début, ni dans l'extension de la rou-

geole. Les symptômes concomitants sont les mêmes qu'habituellement; les complications ne sont pas plus fréquentes.

V. — Des observations de coexistence de la rougeole avec la *varicelle* figurent dans la thèse de M. Bez, d'autres ont été publiées par M. Cadet de Gassicourt, par M. Parker Douglas. Il n'y a guère autre chose à relever dans cette association pathologique que ce fait avancé par ce dernier à savoir : que la varicelle semble retarder l'éruption de la rougeole. La coexistence de ces deux fièvres éruptives est encore intéressante à signaler, au point de vue du diagnostic et de la confusion possible avec la variole. Nous ne reviendrons pas sur ce point (voyez *Diagnostic* de la rougeole).

VI. — L'importance de la rougeole dans le cours de la *diphtérie* [1] a été diversement interprétée par les auteurs qui se sont occupés de la question. Regardée par les uns comme une complication redoutable, elle ne comporterait pas, d'après d'autres, un pronostic aussi grave. Elle serait dans tous les cas plus fréquente à l'hôpital et exceptionnelle en ville.

Toutes les variétés cliniques de la diphtérie peuvent à un moment donné se compliquer de rougeole. On voit celle-ci se développer aussi bien dans les angines diphtériques que chez les enfants

1. Nous n'étudions, bien entendu, ici, que la rougeole survenant dans le cours de la diphtérie, et non pas la diphtérie compliquant la rougeole. (Voyez le volume de cette collection : *Complications de la rougeole.*)

atteints de croup et opérés. Mais la diphtérie ne semble pas créer un terrain plus particulièrement favorable au développement de la rougeole. Mon ami regretté P. Renault a noté que les cas de rougeole qui surviennent dans les pavillons de diphtériques sont dus à une contagion immédiate, provoqués par l'admission dans les salles d'isolement d'un rougeoleux devenu diphtérique, mais il n'a jamais noté d'explosion épidémique, le cas reste unique et s'éteint. Il semblerait même logique d'en conclure que la diphtérie crée même un terrain médiocre pour l'éclosion de la rougeole.

La rougeole peut se montrer soit dans le cours de la diphtérie — angine et croup opéré ou non opéré, — soit dans la convalescence de celle-là.

Dans les angines ou dans les croups non opérés la rougeole s'annonce par de la fièvre, de la toux, de la rougeur des conjonctives, du coryza, etc. Ce sont là les signes habituels du début de cette affection.

Lorsqu'il s'agit d'un croup opéré, on observe du côté de la plaie trachéale les phénomènes qui se passent habituellement toutes les fois qu'une maladie ou une complication grave se montre dans ces conditions. C'est-à-dire que la plaie trachéale perd son bel aspect, elle cesse de bourgeonner et de se rétrécir. Dans certaines circonstances même la plaie à demi cicatrisée se rouvre et s'élargit. Si le travail de cicatrisation est assez avancé, c'est-à-dire si la rougeole apparaît à une époque tardive de la convalescence, on ne note aucune modification du côté de la cicatrice.

L'éruption sort avec ses caractères nouveaux, ni retardée, ni pâlie.

Renault a tenté, en s'appuyant sur certains faits, de réagir contre la gravité pronostique qu'on avait attribuée, M. Sanné entre autres, à la rougeole secondaire, à la diphtérie. Il semble bien pourtant que l'apparition d'une rougeole dans le cours d'une diphtérie ne doive pas être considérée comme une coïncidence sans importance. Bien que l'influence du catarrhe morbilleux sur la muqueuse des bronches déjà malade du fait de la diphtérie soit moins nette qu'à l'état normal, on a vu cependant, dans nombre de cas, les symptômes révélateurs de la bronchite s'accentuer au moment de l'apparition de la rougeole, et on a relevé, par la suite, une fréquence très grande de la broncho-pneumonie. Ce fait n'a rien qui doive nous surprendre, en présence de deux maladies qui, l'une et l'autre, agissent si puissamment sur la muqueuse des voies aériennes et qui l'une et l'autre comptent la broncho-pneumonie parmi leurs complications les plus redoutables. Il est au moins avéré que la rougeole secondaire à la diphtérie a fait succomber des malades qui semblaient avoir échappé aux dangers immédiats de celle-ci et qu'on pouvait considérer comme hors d'affaire jusqu'au moment où la rougeole s'est montrée. Je n'ai pas besoin d'insister, à un autre point de vue, sur les dangers que la réouverture de la plaie trachéale fait courir au malade. On ne doit pas oublier, vu la présence d'une ou de plusieurs espèces de streptocoques

virulents associés au bacille, que la septicémie guette le diphtérique, et que toute cause qui en augmente la probabilité augmente, par cela même, celle d'un dénouement funeste.

M. Sanné a vu la mort emporter les deux tiers des malades. La statistique de Renault est évidemment plus consolante; mais elle ne prouve qu'une chose, c'est que ses malades se sont trouvés dans des conditions d'hygiène telles que les infections streptococciques n'ont pu se réaliser. Or là est le danger, on n'est pas certain de pouvoir y soustraire les malades, même avec les plus minutieuses pratiques d'antisepsie; la rougeole en augmente les chances, et c'est pourquoi elle doit être considérée comme comportant un pronostic bien indéterminé en soi, mais plein de réserve et de menaces. Il est utile d'ajouter encore une fois que le pronostic variera selon que le diphtérique sera hospitalisé ou soigné en ville, selon la constitution médicale, etc.; bref, on devra tenir compte de toutes les circonstances extérieures au malade comme lorsqu'il s'agit du pronostic général de la rougeole.

La rougeole post-diphtérique prête à quelques erreurs de diagnostic, d'une part avec les *érythèmes infectieux morbilliformes* de la diphtérie, d'autre part avec les *éruptions médicamenteuses*, qui elles aussi prennent la physionomie de l'éruption rougeoleuse, et qui sont consécutives à l'ingestion par le malade de substances pharmaceutiques dont l'usage a été précisément vanté dans la diphtérie.

Les érythèmes à forme rubéolique pure sont ra-

res dans la diphtérie à titre d'érythèmes infectieux secondaires. Comme la rougeole ils peuvent se montrer au début de la diphtérie ou à une période plus avancée de son évolution. Ceux du début sont en général fugaces et de peu d'importance, ne s'accompagnant ni de symptômes locaux sur les muqueuses, ni de symptômes généraux ; ils disparaissent en général au bout de vingt-quatre heures ; ils ne peuvent guère être confondus à un examen sérieux avec la rougeole.

Les érythèmes tardifs au contraire sont plus durables et pour éviter une double erreur, — erreur de diagnostic et surtout *erreur de pronostic*, car les érythèmes sont en général d'un fâcheux augure, — le médecin devra tenir compte moins de l'érythème pris en lui-même que des associations pathologiques qui le précèdent ou l'accompagnent.

Disons cependant, en ce qui concerne l'érythème pris en lui-même, qu'il est rarement pur, et qu'il reste surtout rarement pur, mais qu'il s'associe à différentes formes éruptives qui le rapprochent de l'érythème polymorphe.

Les associations pathologiques sont plus importantes. Dans l'érythème morbilliforme, on n'observe pas les phénomènes de catarrhe habituels à la rougeole, mais voici ce qu'on note. Sans que les lésions de la gorge se modifient, on voit les malades présenter des phénomènes généraux inquiétants, fièvre, albuminurie, parfois phénomènes bullaires, indices d'un état infectieux grave ; en même temps qu'il se développe sur les lèvres, sur la muqueuse

buccale ou nasale, des lésions ulcéreuses recouvertes ou non de fausses membranes.

Quelquefois on note en même temps une nouvelle poussée de fausses membranes sur les amygdales. Toutes ces lésions ne sont plus dues au bacille qui a disparu, mais au streptocoque (Hutinel). Il s'agit d'une septicémie streptococcique, qui se différencie de la rougeole par ses caractères assez nets. Le diagnostic en est important, comme nous le disions, pour fixer le pronostic, car celuici est presque toujours fatal dans le cas de septicémie.

Parmi les éruptions médicamenteuses, c'est celle qui est due au copahu employé quelquefois dans le traitement de la diphtérie, qui mérite d'attirer l'attention des médecins. Il suffit que cette cause d'erreur soit signalée pour qu'on l'évite en pratique. Outre que ces éruptions copahiviques affectent rarement la forme morbilleuse pure, elles sont prurigineuses et ne s'accompagnent pas de catarrhe des yeux ou du nez. (Voyez plus haut le *diagnostic* de la rougeole.)

L'emploi de l'*antipyrine* expose à la même erreur facilement évitée.

VII. — La rougeole peut encore se montrer dans le cours de la *pneumonie*, de la *tuberculose pulmonaire,* de la *coqueluche.*

D'une manière générale la rougeole complique sérieusement et aggrave les affections pulmonaires inflammatoires dans le cours desquelles elle se développe (Rilliet et Barthez). La pneumonie aiguë

semble en recevoir un coup de fouet, et s'en aggraver jusqu'à la suppuration. Cette coïncidence est d'ailleurs rare, et n'est pas absolument fatale, s'il s'agit réellement d'une pneumonie pure à pneumocoque. En voici un exemple :

Le jeune G..., âgé de 6 ans et demi, est entré aux rougeoleux le 18 juillet 1892, lit n° 8 garçons, avec une éruption rubéolique confluente sur la face et sur le corps. Il est abattu, se plaint d'une céphalée vive, sa langue est rouge et sèche, la température est élevée, le pouls rapide, mou. L'éruption est très bien sortie, de belle couleur. Mais la respiration est haute, fréquente, sans anxiété : le malade tousse souvent. A l'auscultation on trouve à gauche et à la base un gros foyer de râles crépitants.

Le 19 juillet. — L'éruption pâlit. L'enfant est somnolent, mais sans phénomènes nerveux graves. Sa langue est rouge. A la base gauche soufflent tubes et râles fins. T. 39°,4.

Le 20 juillet. — L'éruption disparaît. Les phénomènes pulmonaires s'atténuent, la respiration est plus calme, la température baisse, l'enfant se réveille et demande à manger.

Le 21 juillet. — Les signes stéthoscopiques se sont atténués et l'enfant est sorti guéri.

Je considère ce cas comme une rougeole dans le cours d'une pneumonie, parce que la salive m'a donné une culture pure d'un diplocoque capsulé qui a tué une souris en 24 heures.

Il n'en est pas de même de la *broncho-pneumonie* que la rougeole aggrave sans conteste, et qui à son tour réagit sur elle. Il y a là un véritable cer-

cle vicieux, qu'on retrouve d'ailleurs dans toutes les maladies à détermination pulmonaire habituelle, quand la rougeole s'y associe. C'est ainsi que la coexistence de la *grippe* et de la rougeole constitue une épidémie mixte, dont la statistique est toujours déplorable, non pas tant par la gravité de la rougeole elle-même dans ces circonstances que par la fréquence des complications pulmonaires. Il en est de même de la *coqueluche*. Bien que ce soit plus souvent celle-ci qui complique la rougeole, cependant la rougeole se montre quelquefois dans le cours de la coqueluche. En dehors de son action suspensive sur les quintes, la rougeole dans ces circonstances est toujours redoutable en raison des complications pulmonaires qui l'accompagnent.

La rougeole, dans le cours de la *tuberculose pulmonaire* chronique, est toujours grave. Nous verrons à étudier ailleurs la prédisposition que crée la rougeole à la tuberculose pulmonaire; inversement, celle-ci en est fâcheusement influencée. La rougeole provoque non seulement de nouvelles poussées tuberculeuses, mais elle détermine la formation de foyers broncho-pneumoniques et la suppuration des lésions tuberculeuses anciennes, accidents qui entraînent souvent la mort du malade.

La pathogénie de ces cas est probablement complexe. Il y a lieu de considérer l'action du germe morbilleux sur la virulence de la maladie primitive. D'autre part, il faut tenir compte et grand compte des modifications de vitalité que provoque sur les muqueuses atteintes le catarrhe spécifique mor-

billeux et aussi de l'exaltation de la virulence des microbes septiques à qui sont dues les complications broncho-pulmonaires de ces maladies.

Par contre, si pour les affections que nous venons de nommer, la rougeole a une influence aggravante, on a dit qu'elle exerçait une action bienfaisante sur certaines dermatoses chroniques : telle que l'*eczéma*, l'*impetigo*. Ce sont là peut-être des coïncidences héureuses. Il en serait de même d'après Rilliet et Barthez de la *chorée*, de l'*épilepsie*, de l'*incontinence d'urine*, de la *manie* (Feith) et même de quelques affections *chroniques* des *os* et des *articulations*.

III. — ROUGEOLE DANS LA GROSSESSE ET DANS L'ÉTAT PUERPÉRAL

Il existe des contradictions entre les différents auteurs au sujet de l'importance de la rougeole dans la grossesse et de l'influence qu'elle a sur la mère et sur l'enfant. Tandis que certains admettent son peu d'importance, d'autres pensent au contraire qu'elle a les conséquences les plus graves et qu'elle provoque l'avortement et la mort du fœtus.

En réalité, la rougeole est rare dans la grossesse. M. Gautier (de Genève), qui a cherché dans la littérature médicale ces cas de coïncidence, n'en a réuni environ que onze observations[1].

1. *Annales de gynécologie*, mai 1879.

De ces observations et de celle de Bourgeois il résulte que, conformément à l'ancienne opinion de Levret, la rougeole survenant pendant la grossesse prédispose à la mort du fœtus et à l'avortement; que de plus elle n'est pas sans danger pour la mère, et qu'elle peut revêtir dans ces circonstances le même degré de gravité que les autres fièvres éruptives.

Cependant l'*époque* de la grossesse n'est pas indifférente. La rougeole serait d'autant plus grave que la grossesse serait plus avancée, à moins qu'il ne s'agisse de femmes arrivées tout à fait au terme de leur grossesse, auquel cas l'accouchement se fait normalement; les enfants nés vivants présentent souvent une éruption morbilleuse au moment de leur naissance ou dans les jours qui suivent celle-ci; souvent aussi ils viennent mort-nés, mais les femmes se rétablissent et la rougeole suit son évolution ordinaire.

L'avortement se fait en général au moment de la période d'éruption, ou au déclin de celle-ci.

Quoi qu'il en soit, ces données sont bien vagues encore.

Par contre, dans l'état puerpéral, la gravité de la rougeole se développant à ce moment serait beacoup moins grave pour la mère et pour l'enfant. Sa marche et son pronostic ne seraient aucunement influencés. On n'a pas observé une plus grande fréquence d'hémorrhagie ou d'accidents utérins. L'état puerpéral ne modifierait donc par la marche de la rougeole, et celle-ci n'aurait aucune influence aggravant le pronostic.

Dans une thèse plus récente, M. Claverie est arrivé aux mêmes conclusions. Réunissant aux observations précédentes et aux siennes propres celles de Simpson[1], Dumas[2], Chausit[3], Doléris[4], Bleynie[5] (de Limoges), il a rassemblé 35 observations de rougeole dans la grossesse.

Sur ces 35 cas, il y a eu 6 *avortements*, 12 *accouchements prématurés*, 17 *accouchements à terme*.

Les prodromes de l'*avortement* débutent en général vers la fin de la rougeole, et l'avortement se fait deux ou trois jours après.

L'*accouchement prématuré* se fait dès le début de la fièvre et des symptômes graves.

L'influence de la rougeole a paru nulle dans les *accouchements à terme*. En somme, si la rougeole compromet la vie de l'enfant, elle semble avoir moins d'influence sur les enfants à terme, et aucune sur la mère.

M. Courrent, dans l'épidémie de Touchan, rapporte un cas d'avortement au sixième mois. L'enfant est né vivant, sans éruption, mais n'a pas vécu. La mère s'est rapidement rétablie.

1. *Cliniq. méd. et obstétricale,* 1871.
2. *Union médic.*, 1876.
3. *Union médic.*, 1868.
4. *Arch. de tocologie,* 1874.
5. *Ann. de gynécol.*, 1879.

CHAPITRE IX

RECHUTE ET RÉCIDIVE

Rechute. — Récidives. — Opinions diverses. — Légitimité des récidives. — Rougeole récurrente. — Variétés cliniques de la deuxième atteinte.

Rechute et Récidives.

La question des rechutes et des récidives de la rougeole n'est pas encore complètement élucidée. Certains observateurs ont admis, peut-être d'une façon un peu absolue, que la rougeole ne récidive jamais, et que les exemples publiés reposent sur une erreur de diagnostic, soit à la première, soit à la seconde atteinte. Nul doute que pareille erreur ne soit et n'ait été souvent commise. Il est cependant des cas dans lesquels l'autorité des médecins qui ont pu observer et suivre la première atteinte, où la netteté des symptômes de celle-ci ne permettent aucun doute et laissent à la tradi-

tion médicale toute sa valeur. D'autre part, on tend de plus en plus à accepter des idées moins radicales sur la non-récidive des maladies infectieuses. L'immunité conférée par une première atteinte n'est pas toujours semblable à elle-même. Il faut faire intervenir ici, comme dans la médecine expérimentale, où l'on observe souvent ces différences, des questions de réceptivité individuelle ou de résistance au vaccin, sans négliger les qualités inhérentes au germe lui-même, qui peut avoir acquis des propriétés virulentes sans que ses propriétés vaccinantes aient été développées ou augmentées. Nous ne connaissons pas encore, pas plus pour la rougeole que pour les autres infections, les conditions qui rendent plus ou moins vaccinante une première atteinte de la maladie.

Certains auteurs (Thomas, d'Espine) ont attribué une grande importance à distinguer les *rechutes* et les *récidives*. Les rechutes surviendraient soit dans la convalescence de la maladie, tandis qu'il y aurait récidive lorsqu'un temps plus ou moins long se serait écoulé entre la première atteinte et la seconde. Une différence pathogénique distinguerait encore la rechute et la récidive, la première étant liée à une nouvelle inoculation du même germe : auto-infection; la seconde relevant plutôt de la contagion. Mais il n'y a guère là, en réalité, qu'une question de mots; et si, dans les cas extrêmes, on peut prononcer hardiment l'un ou l'autre, il n'en reste pas moins acquis que, dans d'autres, il est bien difficile de dire où commence la récidive et où

finit la rechute. La distinction pathogénique basée sur l'origine différente des germes dans l'un et l'autre cas n'est pas démontrée davantage.

Ces réserves faites, on peut *cliniquement* conserver à la rigueur ce langage, mais en donnant au terme rechute une signification plus précise, quoique encore arbitraire, et qui consiste à entendre par là une nouvelle atteinte typique de rougeole survenant dans les neuf ou dix jours qui suivent les premiers symptômes de la première atteinte. C'est le temps nécessaire pour l'incubation d'une nouvelle inoculation venue du dehors. Après le dixième jour, on peut dire alors qu'il y a récidive.

Cette distinction n'implique, disons-le de suite, aucune différence pathogénique. Dans l'ignorance où nous sommes sur la durée pendant laquelle les germes morbilleux peuvent persister sur les muqueuses, nous ne pouvons dire s'il s'agit ici du même germe revivifié ou d'un autre germe ; à moins, naturellement, qu'il n'y ait eu contagion avérée, ou que la deuxième atteinte survienne si longtemps après la première — chez des adultes, par exemple, ayant eu la rougeole dans l'enfance, — qu'on ne puisse raisonnablement songer à une persistance du microbe ancien.

Les rechutes proprement dites sont cependant intéressantes à étudier, précisément parce qu'elles se montrent de préférence dans des conditions où l'infection de l'individu semble s'être faite difficilement. C'est ainsi qu'on les observe, de préférence après les rougeoles incomplètes, dans lesquelles

l'éruption, survenue après des prodromes peu accusés, est extrêmement discrète; ou bien dans les rougeoles à poussées catarrhales successives, à prodromes prolongés, ou bien enfin dans celles où l'éruption, après s'être montrée, rétrocède puis reparaît à nouveau (d'Espine, *l. c.*). Ce qu'on sait, c'est que la rechute, telle que nous la comprenons, est exceptionnelle dans les rougeoles franches, si elle y a même été signalée (Ziemsen).

Ces rougeoles à rechute sont en général bénignes; il serait intéressant de savoir si elles confèrent une immunité solide pour l'avenir.

Les récidives de la rougeole, au contraire, ne doivent plus être considérées comme des exceptions. Sans être d'une fréquence extrême, on en possède d'ores et déjà maintenant un nombre de cas suffisant, signalés par différents auteurs, pour qu'on puisse admettre qu'elle est moins rare qu'on ne le croyait. Trojanowsky pense que les récidives de la rougeole atteignent le chiffre de 7 p. 100, surpassant celles de la scarlatine — 6 p. 100. Ces chiffres doivent se rapprocher de la vérité, car, tout en admettant la récidive de la rougeole, on ne saurait aller aussi loin que M. Saint-Philippe (dc Bordeaux), qui estime qu'elle est la règle : proposition certainement exagérée.

On a observé une deuxième atteinte de rougeole au bout de deux semaines après la première atteinte, au bout de plusieurs semaines, de plusieurs mois ou de plusieurs années. Le fait de s'exposer à un contage excessif, comme par exemple de soigner

lcs rougeoleux dans les pavillons d'isolement, est une des eonditions de récidive les plus eertaines. Il s'observe en particulier chcz les étudiants en médeeine, ou ehez les infirmières, qui, bien qu'ayant eu la rougeole dans leur enfance, en présentent souvent une deuxième atteinte dans lcs prem ers moments de leur hospitalisation. Une infirmière du pavillon des rougeoleux à l'hôpital des Enfants, âgée aujourd'hui de plus de trente ans, a été attachée il y a six ans à ee serviee, neuf jours après son entrée elle eut la rougeole; or elle l'avait déjà eue dans son enfanee. J'ai observé le même fait chez un externe du serviee de M. Deseroizilles. Des exemples semblables, mais d'un intervalle plus court entre les deux atteintes, ont été signalés par M. Sanné dans son artiele du *Dictionnaire encyclopédique*, et par d'autres auteurs : Henoeh, Bohn récidive entre la deuxième et la quatrième semaine), Kraus (1 eas en dix-huit jours), Dauchez (2 eas), Senator (4 cas entre la troisième et la neuvième semaine), etc.

Il semblc donc aequis que l'immunité eesse au bout d'un eertain temps, variable selon les sujets, ou qu'elle est ineomplète et disparaît lorsque les eonditions d'un contage aetif et permanent sont réalisées, ee qui est le eas pour les personnes qui donnent habituellement des soins aux rougeoleux et qui vivent avee eux, ou en temps d'épidémie.

Les observations de M. Grassot sont encore une preuve que l'immunité s'affaiblit avec le temps. Dans

l'épidémie de Chevilly (Seine-et-Oise), qu'il a observée en 1874, il eut les résultats suivants :

De 2 à 10 ans :	240 cas dont 7 récidives. . .	2, 9 p. 100
De 10 à 20 ans :	60 cas dont 5 récidives. . .	8,33 p. 100
Adultes :	9 cas dont 7 récidives. . .	88,88 p. 100
Vieillards :	1 cas dont 1 récidive. . .	100 p. 100

Finlayson aurait même observé deux rechutes successives. La première éruption avait eu lieu le 19 mars, la deuxième le 28, la troisième le 3 avril.

Ces faits sont si exceptionnels que, malgré l'autorité de l'auteur, on peut hésiter sur le diagnostic.

Dans l'épidémie de Castelsarrazin (1882, Rapport au ministre, de M. Bucquoy), M. Boede aurait observé des cas de récidive dans la moitié des cas, concernant des enfants qui avaient déjà eu antérieurement la rougeole. Il cite en particulier une famille de cinq enfants, dans laquelle tous furent frappés, et dont deux avaient déjà été atteints.

M. Courrent (épidémie de Touchan, *l. c.*), sur cent vingt malades, a observé deux cas de récidive.

M. M. Streng, assistant de la clinique médicale de Leipzig, chargé du service des rougeoleux, a vu du 1er janvier 1892 au 1er juin 1892, trente malades sur lesquels cinq avaient déjà eu antérieurement la rougeole : c'étaient des sujets de dix-huit à vingt-trois ans, et chez eux la première atteinte avait été constatée par un médecin. L'auteur lui-même eut deux fois la rougeole à quelques mois de distance. Un de ses collègues à la clinique l'a eue trois fois, deux fois constatée par un médecin, une fois depuis qu'il est assistant. M. Streng en publie un autre exemple survenu sous ses yeux chez un malade entré dans son service pour une rougeole,

qui, au septième jour de l'éruption, eut une otorrhée, et au douzième jour, huit jours après la première, une nouvelle éruption, avec conjonctivite, coryza, etc. Ceci constituerait plutôt une rechute. Le malade n'avait plus de fièvre depuis sa première éruption, et la nouvelle se montra précédée de ses symptômes habituels.

A un autre point de vue, Senator a observé des récidives de rougeole frappant de préférence certaines familles, et on peut se demander à juste titre avec lui s'il n'y a pas une *prédisposition familiale*. Cette manière de voir est absolument conforme à nos connaissances actuelles sur l'immunité acquise.

Sous le nom de *rougeole récurrente*, M. de Saint-Philippe décrit une rougeole dont les récidives surviennent deux ou trois mois après la première atteinte, parfaitement franche d'allures d'ailleurs. Quelle qu'ait été l'importance de celle-ci, il a observé que la convalescence ne s'établissait pas franchement. Les malades gardaient de la fluxion des muqueuses du nez et des yeux, des poussées d'eczéma, d'impétigo, restaient malingres, tristes, inappétents. Alors survenait une deuxième éruption de rougeole. Il a observé douze cas de ce genre, Ils peuvent certainement être acceptés comme des exemples de récidive, mais ils sont probablement complexes, et le diagnostic devra être fait avec les érythèmes infectieux que M. Hutinel a décrits au déclin et dans la convalescence de la rougeole.

La deuxième atteinte de rougeole est tantôt

sévère, tantôt pas; elle est tantôt plus grave que la première atteinte, tantôt moins. Il n'y a aucune loi à cet égard, et cette comparaison n'est d'ailleurs intéressante à faire que dans le cas où les deux éruptions se suivent de près, — quelques semaines à quelques mois.

Comme causes de ces récidives, on a invoqué une particularité du germe — virulence anormale, nature de l'épidémie, éruption mal sortie la première fois; — la persistance du germe (persistance d'une adénite dans un cas de Rosenstein ?); l'existence d'une maladie intercurrente arrêtant l'éruption — coqueluche; une infection nouvelle — séjour ou contact permanent avec les morbilleux; absence d'immunité acquise par la première atteinte (prédisposition familiale).

Il est certain que, malgré notre ignorance à ce sujet, toute la question se résume en des qualités du germe et en des résistances individuelles à la vaccination.

La récidive de la rougeole existe donc réellement, et tous les cas qui en ont été publiés ne relèvent pas d'une erreur de diagnostic, ainsi qu'on l'a prétendu, en se basant d'ailleurs sur des faits où cette erreur semble avoir été commise. C'est avec la rubéole, avec la roséole, avec les érythèmes infectieux, que la confusion semble avoir été faite le plus souvent.

Les érythèmes infectieux morbilliformes ou autres sont rares après la rougeole. Ils doivent cependant être signalés pour éviter une erreur de

diagnostic avec une récidive de rougeole. Ils surviennent en général coup sur coup dans les pavillons d'isolement, et coïncident avec des bronchites purulentes ou des broncho-pneumonies, dans lesquelles l'examen bactériologique montre l'existence de streptocoques. Ils apparaissent de deux à dix jours après la rougeole et s'accompagnent de phénomènes généraux graves (hyperthermie, dépression du pouls, albuminurie, facies blafard) et d'ulcérations et de fissures sur les lèvres et sur la muqueuse buccale (Hutinel). Ils procèdent quelquefois par poussées successives.

CHAPITRE X

PRONOSTIC.

Influences qui agissent sur le pronostic. — Age. — Conditions d'hygiène. — Forme de la maladie. — Époque de l'année. — Épidémies. — Statistiques.

Pronostic.

Le pronostic de la rougeole varie selon les *âges*, selon l'*état de santé* antérieur du sujet au moment où la maladie le frappe, selon les conditions d'*hygiène* qui l'entourent, selon la *forme* de la maladie, selon l'*époque* de l'année, selon les *épidémies*.

En ce qui concerne l'*âge* des malades, il est une opinion assez répandue de croire que la rougeole est une maladie nécessaire, fatale, d'autant plus grave que les malades sont plus avancés en âge, et qu'il vaut mieux l'avoir dans l'enfance que plus

tard. Dans ce but, bien des familles opposent à l'isolement une force d'inertie très grande. On ne saurait trop réagir contre une semblable erreur : *la rougeole, bien au contraire, est plus grave chez l'enfant que chez l'adulte, et elle est d'autant plus redoutable que l'enfant est plus jeune.*

La rougeole est une maladie TRÈS grave de un à deux ans; elle conserve son cachet de gravité jusqu'à trois ans; à partir de cet âge, abstraction faite des complications, la guérison est de règle.

Tous les médecins sont d'accord sur ce point. Si l'on fait abstraction de certaines épidémies d'une gravité exceptionnelle et dont nous avons déjà parlé ou de celles qui sévissent dans certaines agglomérations dans lesquelles les conditions d'hygiène sont aussi mauvaises que possible, cette loi ne souffre guère d'exception. M. Millard (*caus. orale*) n'a jamais vu de rougeole grave chez l'adulte normal et bien portant.

Voici quelques chiffres à ce sujet :

Proportion de morts par rougeole, selon les âges sur 1 000 décès :

8,57 au-dessus de 15 ans,
901,43 au-dessous de 15 ans.

(Statistique de 1883 et 1884, 1er trimestre : OLLIVIER, *Études d'hygiène*, t. I, p. 50.)

D'après M. Ollivier (*Leçons cliniques sur les maladies des enfants*, p. 348), voici également quelques statistiques

indiquant le pronostic général de la rougeole *selon l'âge :*

En 1886-1887, à l'hôpital des Enfants, il y a eu 342 morts sur 942 malades, sur lesquels :

	Cas.	Décès.	p. 100.
Au-dessous de 3 ans. . .	432	235	54,3
— de 3 à 5 ans.	275	104	37,8
— de 5 à 15 ans.	257	26	10,5

M. Hecquet (Abbeville) a donné la proportion suivante :

18 mois à 4 ans.	57 p. 100	
4 à 8 ans.	33	—
8 à 15 ans..	10	—

A Copenhague, une statistique (1867-1879) donne :

Au-dessous de 1 an. . . .	14,2 p. 100 de décès.		
— de 1 à 5 ans .	42	—	—
— de 5 à 15 ans.	0,6	—	—

Dans l'armée italienne en 1877-1879, la rougeole a fourni 112 décès, donnant une mortalité de 6,3 p. 100.

Les *mauvaises conditions* de santé des enfants — alimentation défectueuse, gastro-entérite, athrepsie, etc. — prédisposent, ainsi que nous l'avons vu, aux formes anormales de la rougeole. Il appartient au médecin, le cas échéant, d'apprécier les chances bonnes ou mauvaises qui permettront d'espérer ou non la guérison, et au sujet desquelles il n'est guère possible de formuler des règles générales. Il se rappellera simplement que c'est surtout dans les états cachectiques que la rougeole peut marcher comme une maladie terminale, tandis qu'elle semble beaucoup moins grave dans la convalescence des maladies aiguës. Mais, nous le répétons, il n'y a pas à cet égard de règle générale, et le pronostic de chaque

cas en particulier dépend et de la forme de la maladie et de la résistance individuelle des malades.

Les *conditions d'hygiène* qui entourent le malade ont une influence non moins remarquable et plus positive. Nous les retrouverons quand nous parlerons des complications de la rougeole. Il est avéré, en effet, que la rougeole est plus grave à l'hôpital qu'en ville, toutes choses étant égales d'ailleurs. A ce point de vue, l'isolement des rougeoleux a plutôt fait monter le chiffre de la mortalité pour cent. Il en est de même quand les petits malades sont soignés dans des logements bas, humides, sombres, habités par un trop grand nombre de personnes, ou privés d'une chaleur suffisante, etc., ou bien quand eux-mêmes manquent de soins, soit médicaux, soit de propreté[1].

L'*époque* de l'année où l'on se trouve n'a peut-être pas la même importance pour le pronostic; cependant elle n'en mérite pas moins d'être prise en considération. On sait (voyez le chapitre consacré à l'épidémiologie) que la rougeole sévit surtout au printemps et en particulier pendant les mois de mars et d'avril.

1. M. Henrot (de Reims) a fait des observations intéressantes sur la gravité variable de la rougeole dans une même épidémie sous l'influence de mauvaises conditions hygiéniques. Dans une épidémie qui a sévi à Diny, en 1883, il a relevé les chiffres suivants :

A Diny, village où la population est aisée, et vit dans de bonnes conditions, 1 décès;

A Diny-Magenta, où la situation des habitants est inverse il y a eu 17 décès (Rapport de M. Féréol pour l'année 1883,, Acad. de médecine).

Or, c'est dans la période qui correspond au maximum de cas qu'on note le plus grand nombre de rougeoles graves. Les rougeoles de l'automne sont en général beaucoup moins graves. A ce point de vue donc, l'époque de l'année mérite d'être relevée pour le pronostic.

Il en est de même en ce qui concerne l'influence de l'*épidémie régnante*. Le *génie épidémique* ou la *constitution médicale* varient en effet de l'une à l'autre, et les médecins des petites villes ou des campagnes qui se réunissent entre eux pour se communiquer leurs observations ont pu s'assurer de l'importance qu'il y a dans certains cas à connaître la marche et la malignité plus ou moins grande de l'épidémie. Prévenus de certaines particularités, comme de la fréquence des accidents pulmonaires ou gastro-intestinaux, ou de la malignité de la maladie, ils ont pu soit prendre à l'avance leurs dispositions en face d'un cas nouveau, et prévenir des accidents graves ou les atténuer, soit s'abstenir de certaines médications perturbatrices (emploi de purgatifs, du tartre stibié).

Il est inutile d'insister sur l'intérêt qu'il y a à être fixé à l'avance sur ces points importants de la pratique journalière. Avisé de bonne heure, et pour ainsi dire à l'avance, de la gravité d'un cas, le médecin n'en a que plus de netteté dans ses jugements et plus de décision dans son intervention [1].

1. La mortalité de la rougeole est en effet liée dans ces cas et à la malignité de l'épidémie (probablement par suite d'associations morbides) et à la nature des sujets qu'elle frappe

Toutes ces conditions extérieures au malade étant connues, le médecin se trouve alors en présence de la maladie elle-même prise en particulier et de la forme qu'elle peut revêtir.

(soldats surmenés par une campagne). Voici, à titre de curiosité, quelques chiffres au sujet du pronostic général de la rougeole et cités par M. Sevestre.

Dans l'épidémie de Kiel, Bartels dresse la statistique suivante. Mortalité :

Au-dessous de 1 an.	100 p. 100
De 1 à 5 ans.	39 —
De 5 à 10 ans.	37,5 —

Dans l'épidémie d'Abbeville, M. Hecquct a relevé : Décès

De 17 mois à 4 ans.	4/7	57,14 p. 100
— 4 ans à 8 ans.	1/3	33,33 —
— 8 ans à 15 ans.	1/10	10 —

M. Colin, à Bicêtre, en 1870, perdit un malade sur 2,72, soit 36,76 p. 100, chiffre énorme pour des adultes, attendu que la statistique de l'armée en temps de paix est de 3 p. 100 en moyenne. Dans le cours d'une épidémie meurtrière avec broncho-pneumonie, M. Laveran, en 1861, eut 33,33 p. 100 de décès ; il s'agit encore de soldats. — En ce qui concerne plus spécialement les *enfants :*

Dans la thèse de M. Oyon, on trouve une statistique portant sur les rougeoles, aux *Enfants assistés*, de 1867 à 1872. Mortalité : 42,59 p. 100. Il s'agit, ainsi qu'on sait, d'enfants au-dessous de deux ans.

Voici une statistique postérieure du même hôpital :

Années.	Nombre de cas.	Morts.	P. 100.
1882.	280	128	45
1883.	268	128	47
1884.	328	187	57
1885.	320	147	46
1886.	329	138	42

Dans les hôpitaux d'enfants plus âgés (au-dessus de deux ans), la statistique est moins sombre.

Les rougeoles abortives et les rougeoles frustes comportent en général un pronostic très bénin.

La rougeole synochale doit, par contre, éveiller toute la sollicitude du médecin, même quand elle se développe chez des enfants vigoureux et de belle apparence. Les complications broncho-pulmonaires sont, ainsi que nous l'avons vu, plus fréquentes dans cette forme que dans toute autre. La persistance d'une haute température après l'érup-

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE (TROUSSEAU)

Années.	Nombre de cas.	Décès.	R. 100.
1882.	121	20	16,22
1883.	167	48	28,74
1884.	210	52	24,76
1885.	197	51	25,88
1886.	212	56	26,41

HOPITAL DES ENFANTS MALADES

Années.	Nombre de cas.	Décès.	P. 100.
1882.	285	98	34
1883.	218	59	27
1884.	436	191	43
1885.	301	119	33
1886.	406	197	48
Grancher) 1887.	516	206	40
1888.	423	178	42

Soit pour 100 de mortalité :

A Sainte-Eugénie, de 1882 à 1886, 24,4 p. 100.

Aux Enfants malades, de 1882 à 1888, 38,14 p. 100.

De 1867 à 1871, *à Trousseau*, la mortalité n'était que de 19,47 p. 100.

On voit donc par ces chiffres, que la morbidité et la mortalité sont en progrès sérieux à Paris pour la rougeole. Il est intéressant de comparer ces chiffres à ceux qui ont été publiés par d'autres observateurs.

Henoch (*Berliner medicin. Gesellschaft*, 3 décembre 1890) a fourni les chiffres suivants concernant Berlin :

Nombre de cas, 294.	De 0 à 2 ans. .	133 cas.	55 p. 100 de décès.	
	De 2 à 11 ans.	161 —	9,3/8 —	—

tion, l'existence de phénomènes pulmonaires apparus malgré le bel aspect de l'éruption, l'agitation ou l'abattement, seront des signes en faveur d'un pronostic plus que réservé.

La forme hémorrhagique est très grave. On pourra cependant espérer la guérison si les phénomènes généraux ne sont pas trop menaçants, si l'on voit la langue, sèche et rôtie, s'humidifier dans les jours qui suivent l'éruption et si la température et les symptômes généraux subissent la même détente. On n'oubliera pas non plus la gravité de la rougeole hémorrhagique d'emblée, la plupart du temps, sinon toujours, fatale.

Dans la forme suffocante, le pronostic dépendra de la force de résistance de l'enfant, de l'importance et de la gravité des symptômes dyspnéiques, de leur atténuation au moment de l'éruption, de l'aspect de celle-ci.

La forme ataxo-adynamique est presque toujours fatale, à moins que, par une intervention hydrothérapique vigoureuse, on n'amène une sédation marquée des symptômes graves. Le pronostic est alors lié à l'action produite par le bain froid.

Un sommeil calme après le bain ; la disparition de la sécheresse de la peau, des symptômes d'excitation ou de dépression nerveuse ; l'apparition d'une diurèse plus ou moins abondante, etc., sont autant de signes favorables, dont la valeur est d'autant plus grande qu'ils se répètent après chaque bain, ou qu'ils persistent plus longtemps après celui-ci.

En résumé, il y a à tenir compte dans le pronostic de la rougeole, autant, sinon plus, des conditions extérieures au malade, que de la maladie elle-même. Soignée en ville, dans de bonnes conditions hygiéniques, en dehors naturellement de toute association épidémique, la rougeole peut passer pour une maladie bénigne, à condition que le malade ne soit pas trop jeune et qu'il soit vigoureux. A l'hôpital, et dans les mêmes conditions personnelles, l'avenir du malade est incertain.

C'est qu'en effet, ainsi que nous avons eu déjà occasion de le dire, c'est moins par elle-même que par ses complications que la rougeole est une maladie redoutable ; et tel cas dont le pronostic immédiat paraissait bénin se termine par la mort à plus ou moins brève échéance. Nous retrouverons ces idées développées en parlant des *complications*.

CHAPITRE XI

ÉTIOLOGIE

Étiologie. — *Conditions de réceptivité.* — Immunité : immunité naturelle, immunité acquise. — Age, sexe, influence d'une première atteinte.

Incubation. — Durée de l'incubation. — Rougeole inoculée. — Rougeole prise par contagion.

Contagion. — Siège du contage. — Époque de la contagion. — Durée. — Persistance.

Mode de contagion. — Contagion intra-utérine. — Contagion directe. — Contagion indirecte. — Lois de la contagion.

Étiologie.

En dehors de toute épidémie, on constate que la rougeole, en particulier chez les enfants hospitalisés, se développe d'autant plus facilement que les malades ont été plus exposés au contact de rougeoleux. La contagion directe joue donc un rôle considérable. Mais on est bien obligé de reconnaître que ce n'est pas le seul ; car on voit se développer des rougeoles dans lesquelles il n'y a pas eu

contact direct avec un malade. D'autre part, tous les sujets en contact avec les malades ne prennent pas la maladie ou ne la prennent que difficilement, après une imprégnation prolongée.

En dehors donc du germe contage, il y a des *conditions de réceptivité* individuelles et des *conditions d'immunité* plus ou moins grandes.

Les premières réalisent ce qu'on appelle dans un autre langage les causes prédisposantes.

Ces conditions de réceptivité quelles sont-elles? Au premier rang de celles-ci on place *l'âge* des malades. Il est certain que, d'une manière générale, les enfants fournissent beaucoup plus de victimes que les adultes et ceux-ci que les vieillards.

Cependant dans les moments d'épidémie aucun âge n'est épargné.

Avant un an la rougeole est rare; elle est exceptionnelle chez les enfants nourris au sein (Vegol et Sydenham), la rougeole congénitale mise à part. (Voyez *Contagion intra-utérine.*) Sa fréquence se triplerait de un à deux ans (Sanné), et elle deviendrait rare après quinze ans. La diminution de fréquence de la rougeole chez l'adolescent et dans l'âge adulte, si elle montre la réceptivité particulière du jeune âge, tient également à ce que plus tard une grande partie des individus ont payé dans leur enfance leur dette à la maladie.

La prédisposition relativement moindre que présentent les enfants nourris au sein tiendrait, d'après Blache et Guersant, à ce qu'ils sont moins exposés à la contagion, entourés qu'ils sont de plus

de soins et de surveillance que les enfants plus âgés. L'argument a sa valeur. Cependant M. d'Espine fait observer que dans une même famille on voit tous les enfants être pris de rougeole à l'exception du nouveau-né, bien qu'il couche dans la même chambre, voire dans le même lit que ses frères et sœurs. Et, d'autre part, on voit des nourrices être prises de rougeole, et le nourrisson rester indemne (Sevestre, 1890).

En réalité, la rougeole ne paraît aussi fréquente dans l'enfance, par rapport aux adultes, que parce qu'elle confère une immunité plus ou moins prolongée à ceux qu'elle frappe. Les vieillards peuvent la prendre jusqu'à un âge avancé (76 ans, Heim; 80 ans, Drake; 83 ans, Michœlsen).

Or, en dehors d'une première atteinte de rougeole, ni l'âge, ni les maladies aiguës, ni les maladies chroniques, ni l'état de santé des sujets ne peuvent mettre à l'abri de la rougeole, quand on s'expose à la contagion. Des faits de ce genre sont observés tous les jours, et Panum a pu les vérifier lors de l'épidémie des îles Féroë en 1846, épidémie pendant laquelle les vieillards qui avaient été frappés lors de l'épidémie de 1781, pendant leur jeunesse, furent les seuls épargnés.

Le *sexe* n'a aucune influence. Il en est de même des *conditions d'existence* large ou misérable. La rougeole frappe aussi bien dans les milieux riches que chez les pauvres.

Contrairement à certaines maladies infectieuses qu'on voit se développer surtout chez les débilités

ou chez les convalescents, la rougeole atteint aussi bien les enfants vigoureux ou bien portants que ceux-là. Le mauvais état antérieur prédispose seulement, ainsi que nous l'avons vu, aux formes graves ou aux complications de la rougeole. Celle-ci apparaît également dans le cours de maladies générales ou d'autres fièvres éruptives, constituant ainsi la rougeole dite secondaire qui a fait l'objet d'une description spéciale : il n'y a donc pas d'immunité conférée par une autre maladie, fièvre éruptive ou autre.

Les conditions qui créent l'*immunité* sont celles qui résultent d'une attaque antérieure de la maladie. Cette *immunité acquise* peut mettre pour toute sa vie le malade à l'abri d'une nouvelle atteinte. Mais cette immunité peut être aussi incomplète ou transitoire : il y a alors *récidive* de la rougeole plus ou moins longtemps après la première atteinte. Tozetti, de Haen, Genovesi, Dubosq de la Roberdière, Rayer, Blache et Guersant en auraient vu des exemples. D'autres ont été observés par Cadet de Gassicourt, Senator, Sevestre, Trojanowski.

D'après M. d'Espine, ces faits seraient l'exception, et un bon nombre de ces rougeoles de l'enfance doivent être rangées dans le cadre des roséoles ou de la rubéole (d'Espine). (Voyez *Récidive de la Rougeole*.)

L'immunité *naturelle* n'existe guère d'une façon absolue, même pour les nourrissons au-dessous de six mois. Outre ce fait que la rougeole congénitale

a pu être observée, on ne saurait pas par quel mécanisme et pourquoi cette immunité cesserait à mesure que l'enfant prend des forces. Il y a probablement, pour expliquer cette immunité apparente des nouveau-nés, des conditions particulières de non-contagion qui nous échappent.

Cependant on a remarqué (Blache et Guersant) que certaines personnes pouvaient impunément s'exposer à la contagion. Celles-là jouiraient donc d'une véritable immunité naturelle.

Un cas curieux d'immunité naturelle transitoire a été observé à Verdun. Une jeune fille qui couchait dans le même lit que sa compagne, atteinte de rougeole, ne prit pas la maladie. Il est vrai que l'année suivante elle eut à son tour la rougeole. Il faut donc admettre ou que cette immunité a cessé, ou que les conditions de contagion, si favorables fussent-elles, n'ont pas été suffisantes. (Rapport de M. Féréol, 1883, Académie de médecine).

Incubation. — On entend par incubation, le temps qui s'écoule entre le moment où le malade s'est exposé à la contagion et celui où les premiers symptômes de la maladie se montrent. On conçoit que ce temps puisse varier, le moment où le malade prend le microbe pouvant ne pas être celui où celui-ci commence à se développer et à agir. Il peut rester soit sur les vêtements, soit même probablement dans les cavités naturelles, à l'état indifférent, jusqu'au moment où les conditions qui le rendent pathogènes soient réalisées. A ce point

de vue, les résultats fournis par l'inoculation sont les plus démonstratifs, et l'on sait que la durée de l'incubation, pour la rougeole inoculée, est de *sept à huit jours*.

Pour la rougeole prise par contagion, ce qui est le cas ordinaire, la durée de l'incubation est plus longue, et, comme nous le disions tout à l'heure, variable. A ce sujet, les chiffres sont dissemblables : entre six et vingt et un jours (Rilliet et Barthez); entre huit et quatorze (Sanné). Thomas aurait vu des cas d'incubation de quatre à cinq semaines. M. Sevestre la fixe à neuf jours pleins.

On s'accorde généralement à admettre, pour la rougeole prise par contagion, une période d'incubation de neuf ou dix jours, jusqu'à l'apparition des premiers prodromes.

L'incubation semble de plus longue durée quand le contact avec le malade a été de courte durée.

L'incubation prolongée paraît de règle dans les cas à récidive.

M. Giron (de Marseille)[1], qui a pu observer dans une épidémie de rougeole environ 250 cas, pense qu'il y a un rapport entre la durée du contact et celle de l'incubation. Après un contact prolongé, l'éruption apparaîtrait entre le neuvième et le onzième jour, ce qui ferait cinq à sept jours d'incubation avant les prodromes, après un contact court au contraire, l'incubation vraie jusqu'aux prodromes serait de neuf jours.

1. *Abeille médic.*, 1889.

On sait qu'il existe d'autre part un rapport entre la durée de l'incubation des infections (la variole par exemple) et la sévérité de l'atteinte. A ce point de vue, M. Bard estime qu'il y a également un rapport entre la durée de l'incubation et l'intensité de la rougeole. D'après lui, l'incubation paraît être plus courte dans les rougeoles intenses, à température élevée et à défervescence lente. Elle est au contraire prolongée dans les cas bénins et chez les malades à réceptivité faible, soit qu'ils aient l'immunité naturelle, soit l'immunité acquise. Sa durée serait alors de douze à dix-huit jours, peut-être même atteindrait vingt et un jours.

Contagion. — Le principe contagieux — ou mieux l'agent virulent de la rougeole encore peu connu — semble résider dans les sécrétions des muqueuses atteintes de catarrhe. Nous avons vu déjà à propos de la bactériologie de la rougeole, les résultats positifs fournis par l'inoculation du sang; l'inoculation des mucosités nasales ou de la conjonctive en ont donné également de semblables.

Monro (*De venis lymphaticis valvularis*, 1757, p.58), Looke (*Gentlem. Magazine*, 1767), inoculèrent l'humeur lacrymale et la salive; Willan, la sérosité de quelques vésicules accidentellement formées, et ils obtinrent des rougeoles typiques débutant vers le sixième jour de l'inoculation.

Je rappelle également que c'est non seulement dans le sang, mais aussi dans les sécrétions catarrhales du nez et des conjonctives et dans l'expec-

toration, que Coze et Feltz, et plus tard P. Canon et W. Pielike, ont signalé l'existence des micro-organismes qu'on suppose être les agents virulents de la rougeole.

Mayr (*Hebra's Hautkrankh. Erlangen*, 1860) déposa un peu de mucus nasal d'un morbilleux sur la muqueuse du nez de deux enfants sains, et vit les premiers symptômes de coryza spécifique apparaître huit à neuf jours après. L'éruption suivit de trois à quatre jours.

Par contre, l'inoculation des écailles furfuracées de la période desquamative a été faite sans succès par Monro et Mayr. Il reste donc douteux, quoique peu probable, que le germe contage puisse résider dans les produits de desquamation de la peau.

Ces données expérimentales sont précieuses, rapprochées de ce que l'observation clinique a révélé : à savoir que la contagion de la rougeole est surtout redoutable au moment de la période d'éruption des muqueuses. Il est probable qu'à ce moment le virus jouit de son maximum de virulence.

La contagion de la rougeole soulève deux questions.

La première comprend les conditions dans lesquelles l'agent virulent se transmet de l'individu malade à l'individu sain ;

La deuxième, les conditions de réceptivité de celui-ci vis-à-vis du germe morbilleux. A cette deuxième question se rattachent les causes prédisposantes, âge, état de santé, etc., que nous avons

déjà passées en revue à propos de l'étiologie générale de la rougeole (Voyez ce chapitre). Nous n'insisterons donc pas ici sur ces conditions de réceptivité individuelle ou d'immunité.

La première question, au contraire, nous arrêtera un peu plus longuement, parce que de la connaissance des lois qui président au transport du germe, naissent des déductions pratiques de la plus haute importance concernant l'hygiène et la prophylaxie.

Mais cette étude est complexe : il ne suffit pas de démontrer que la rougeole est contagieuse, il faut aller plus à fond et déterminer les règles selon lesquelles se fait le plus habituellement la contagion.

Considérant le germe contage à partir du moment où il existe chez le sujet malade, nous aurons à examiner :

1° *Dans quelles limites du temps et de l'espace, le malade est contagieux, et à ce propos, étudier l'influence de l'atmosphère dans la diffusion des germes;*

2° *La persistance du germe, avec ses propriétés, en dehors de l'individu malade;*

3° *La façon dont se fait la contagion.*

Il n'est pas nécessaire, comme nous le verrons plus loin, qu'il y ait un contact immédiat entre le sujet sain et le malade pour que la contagion se fasse : le séjour dans une chambre habitée par un rougeoleux, la fréquentation dans les promenades publiques d'enfants malades au début des prodromes par d'autres enfants, etc., ces conditions sont suffisantes pour que la transmission se réalise. On est donc amené à accorder une certaine diffusibilité au germe

contage, et à doter en pensée le rubéolique d'une *zone dangereuse* (Sevestre). La contamination se ferait donc par l'intermédiaire de l'atmosphère. Mais celle-ci ne saurait propager au loin le germe contage, et jamais on ne peut appliquer à la rougeole l'épithète de maladie miasmatique. On ne voit pas la rougeole en effet frapper en grand, comme la grippe par exemple, tout un pays, mais au contraire procéder par épidémies locales de familles, de villages. Panum a pu faire de semblables constatations lors de la fameuse épidémie des îles Feroë; on vit à ce moment des villages rester indemnes au milieu d'autres contaminés, par le seul fait d'un isolement quarantainaire rigoureux.

On a pu observer des faits de ce genre dans les hôpitaux d'enfant, avant qu'on n'ait isolé les morbilleux dans un pavillon spécial. On pouvait alors constater que les cas de rougeole intérieurs se développaient exclusivement dans les lits qui avoisinaient un malade entré et soigné pour une éruption morbilleuse. Nous verrons que cette loi est moins rigoureuse qu'on ne l'a dit. Cette zone dangereuse étant admise n'est pas très étendue. M. Sevestre n'a jamais vu la contagion se faire à une distance de plus de 3 ou 4 mètres. M. Grancher, qui n'y attache pas la même importance, a observé, au contraire, des cas de contagion à une distance de près de 12 mètres. Mais en réalité il s'agit là de contagion indirecte, et c'est un autre point de vue de la question.

La contamination de l'atmosphère ne se fait pas,

ainsi qu'on l'a prétendu, par l'air expiré par les malades. Les expériences de M. Straus, celles de M. Grancher sur l'air expiré par les tuberculeux, ont montré que l'air expiré est aseptique. Mais elle se fait par l'intermédiaire des mucosités bronchiques expectorées par les quintes de toux, de la salive, des liquides provenant du nez ou des yeux, qui, en se desséchant ou en restant en suspension dans l'air à l'état de poussières humides, déterminent la zone d'infection autour du malade. Beaucoup plus importante peut-être est la contamination par le malade des objets qui lui sont d'un usage courant : linges de corps ou de lit, mouchoirs, jouets, objets de toilette ou de table, etc. C'est par l'intermédiaire de ces corps inertes que nombre de contagions se font.

En ce qui concerne *l'époque à laquelle le malade est contagieux,* on crut pendant longtemps qu'il en était de la rougeole comme des autres fièvres éruptives, et que c'était surtout dans la période de desquamation que le danger était le plus grand. Cette opinion est erronée. Elle avait contre elle les expériences d'inoculations infructueuses citées plus haut de Monro et de Mayr, elle a contre elle l'universalité des faits observés. Panum, dans sa célèbre relation, s'était déjà élevé contre elle, il avait admis que « la rougeole est très contagieuse au début et pendant la durée de l'exanthème », et il ajoutait : « il est douteux qu'elle le soit dans les stades de catarrhe et de desquamation ». Cette proposition renfermait une erreur et une vérité : vérité, celle

qui allait contre l'opinion admise ; erreur, celle qui niait la contagion pendant les prodromes. C'est Mayr et M. Girard (de Marseille) qui établirent les premiers que la rougeole peut se transmettre au début de l'invasion, et même pendant l'incubation. Ces faits furent confirmés par M. Dumas (de Cette) et par M. Lancereaux, et aujourd'hui il est universellement admis que *la rougeole est contagieuse dès les premières heures de l'invasion, alors qu'il n'y a encore que du catarrhe oculo-nasal et trachéo-bronchique, époque pendant laquelle les enfants sortent encore, vont en classe et jouent avec les autres.*

On a cherché à préciser davantage l'époque pendant laquelle le malade est le plus contagieux.

D'après M. Bard, la contagion dans la période prééruptive se fait plus spécialement dans le courant du second jour avant l'éruption. Elle est encore possible le troisième, et probablement le quatrième jour, mais le fait est exceptionnel. Comme on le voit, si ces données pouvaient être considérées comme ayant une valeur absolue, on devrait en conclure que la rougeole n'est plus contagieuse à la période éruptive et dès le début de celle-ci ; opinion peut-être exagérée. Mais ce qu'il y a de certain, c'est que, à mesure que l'éruption apparaît, la contagiosité s'atténue, et, comme le dit M. Béclère, il reste à démontrer que la rougeole soit encore contagieuse au delà du cinquième jour après le début de l'éruption, c'est-à-dire après l'éruption.

Dans la période prééruptive la contagion serait

douteuse. Après l'éruption, la contagion n'existe plus ou du moins, reste exceptionnelle[1].

Le pouvoir contagieux de la rougeole est extrêmement grand. A cet égard, la rougeole est le type de la maladie humaine par excellence. Ce pouvoir est si grand, qu'on a admis en règle que tout sujet en réceptivité ou non réfractaire qui a été en contact réel avec un rougeoleux à la période contagieuse est sûrement contagionné (Bard). Un rapport de quelques instants, en plein air, sur une promenade, dans une réunion d'enfants, alors même que les enfants ont simplement joué entre eux, sans s'embrasser, etc., suffit pour que la contamination se fasse[2].

Cette extrême contagiosité, et à une époque où

1. Blache et Guersant citent, il est vrai, deux cas dus à Borsieri, dans lesquels la contagion se fit l'un au quinzième jour, l'autre au vingt-cinquième jour. D'autres (Guinon, neuf jours après l'éruption; Darolles, onze jours) ont été signalés également. Mais ces observations concernent des cas de persistance anormale du pouvoir contagieux d'un germe probablement plus virulent. Ils n'en ont pas moins une grande importance pratique.

2. En voici un exemple que je viens d'observer : La petite X..., âgée de quatre ans, se rencontre, le lundi 31 octobre, dans une ville de l'Est où ses parents sont en villégiature, avec une de ses petites amies, Z... Elles passent quelques instants à jouer ensemble sur la promenade en plein air. La petite amie tousse un peu depuis la veille et présente un léger coryza : aussi pour cette raison on la rentre de bonne heure. Le lendemain, Mme X... et sa fille rentrent à Paris. Quelques jours après, le frère de Mme X... lui écrit que la petite Z... a la rougeole, qui est apparue trois jours après la rencontre. Or, le vendredi 11 novembre, la petite X..., qui est un peu souffrante, accuse les premiers prodromes de la rougeole, et l'éruption se montre le mardi 15 novembre.

l'attention n'est pas mise en éveil, comme dans le cas précédent, sur la possibilité d'une rougeole, rend passablement illusoires les mesures de prophylaxie quand celles-ci ne sont pas prises dès le premier jour de l'invasion. Elle rend d'autant plus difficiles les mesures de défense, que très souvent le diagnostic rougeole n'est fait qu'au moment où l'éruption se montre. On peut ainsi laisser au milieu de ses frères et sœurs ou admettre dans une salle d'hôpital, dans un asile, dans une crèche, etc., un enfant dont on méconnaît la rougeole, ou qui a une bronchite avec ou sans coryza et qu'on prend pour un rhume ordinaire; ou un enfant en puissance de rougeole avec des symptômes prodromiques nuls ou peu marqués; ou enfin un convalescent de rougeole avec une bronchite morbilleuse. Dans ce dernier cas la contagion est, il est vrai, peu probable, mais il n'en est pas de même dans les autres éventualités [1].

L'un des côtés, non les moins importants, de ce chapitre de la contagion de la rougeole, est celui qui concerne la persistance du germe contage. Or il semble démontré qu'en dehors de l'individu la durée du germe contage virulent est extrêmement courte. M. Sevestre pense qu'elle ne dépasse pas deux ou trois heures. Cette courte durée du germe virulent, si elle correspond à la généralité des faits, comporte cependant des exceptions. Sous l'influence de certaines conditions que nous ne connaissons pas, le germe contage semble pouvoir conserver plus longtemps sa virulence. Des exemples

1. Voyez le chapitre de la prophylaxie.

indiscutables de contagion indirecte ont été observés, nécessitant naturellement une persistance plus grande de ses propriétés nocives.

M. Grancher a observé cette persistance pendant deux et même trois jours.

Quoi qu'il en soit, on peut dire que d'une manière générale le germe morbilleux émané de l'individu malade meurt ou s'atténue rapidement, et par conséquent, considérer jusqu'à un certain point comme inoffensifs les locaux où ont habité des morbilleux[1]. Mais ce serait, croyons-nous, une grande erreur et un grand danger d'en conclure, ainsi que nous le verrons plus loin, qu'il est inutile de désinfecter ces locaux. L'observation *ne démontre qu'une chose : c'est que le germe perd rapidement sa virulence; elle n'a pas démontré qu'il meurt.* Or nous ne connaissons pas les conditions qui, vraisemblablement pour le germe morbilleux comme pour les autres, lui permettent de récupérer à un moment donné sa virulence. Des observations semblent en effet démontrer que dans certains cas on peut observer une reviviscence de la virulence des germes ou une persistance anormale de virulence dans des locaux infectés par la présence d'un rougeoleux un an auparavant.

Cette conclusion n'est pas celle de M. Bard, qui a posé, peut-être en règle trop absolue, que le germe de la rougeole, après le départ des malades, ne persiste pas dans le local qu'ils ont habité, et qui en a naturellement conclu à l'inutilité de la désinfection des locaux et du lit.

Quel est maintenant le mode de contagion de la rougeole?

1. M. Geschwind, *Arch. de méd. et de pharmacie militaires*, 1886.

La contagion peut se faire de trois façons : 1° pendant la vie intra-utérine : c'est la *contagion intra-utérine;* 2° par contact avec un malade : c'est la *contagion directe;* 3° par l'intermédiaire d'objets ou de personnes saines ayant été en contact avec le malade : c'est la *contagion indirecte*.

I. — Contagion intra-utérine. — Il ne semble pas douteux que la mère atteinte de rougeole pendant la grossesse ne puisse contaminer le fœtus. Mais pour admettre la rougeole intra-utérine, on ne peut que se baser sur des faits observés, dans lesquels l'enfant est venu au monde avec une éruption non douteuse, ou dans lesquels l'éruption morbilleuse s'est montrée dans les quatre ou cinq jours qui suivent l'accouchement.

Un fait de ce genre a été observé par Blache et Guersant[1]; d'autres ont été recueillis dans la littérature par M. Gontier (de Genève) ou observés par lui.

En dehors de ce cas, on ne peut que soupçonner l'existence d'une rougeole intra-utérine, l'enfant naissant après que celle-ci a disparu. Le seul argument en sa faveur pourrait être tiré de l'immunité conférée à l'enfant vis-à-vis de la rougeole. Encore n'aurait-il pas une valeur absolue, car théoriquement on peut admettre la vaccination du fœtus, alors même que la mère seule ait eu la rougeole pendant sa grossesse.

II. — Contagion directe. — Ce serait le mode

1. *Dictionnaire en 30 volumes*, article *Rougeole*.

de propagation le plus habituel de la rougeole, pour un certain nombre d'observateurs. Elle peut s'effectuer et s'effectue sûrement par contact avec le malade. Dans ce cas, il y a transport direct et tangible du germe de l'individu malade à l'individu sain. C'est ainsi qu'elle se développe, dans les familles, entre enfants de familles amies ou entre camarades d'une même classe. La contagion se fait soit par l'inoculation directe des produits de sécrétion, soit par le contact des vêtements, linges, mouchoirs, imprégnés des mucosités du malade.

Dans d'autres circonstances, il suffit, d'après M. Sevestre, que le sujet en réceptivité s'expose dans ce qu'il a appelé la *zone dangereuse* du malade, zone dangereuse dont l'existence a été niée, comme nous le verrons plus loin. Ici, c'est l'atmosphère qui sert d'intermédiaire à la contagion Il suffit de quelques instants pour que celle-ci se fasse. Ces conditions sont réalisées dans les services hospitaliers, où les infirmières, dans les premiers jours qui suivent leur entrée dans les services d'isolement de la rougeole, prennent souvent la maladie, alors même qu'elles l'ont eue dans l'enfance. C'est qu'en effet, il y a là une influence de *masse* qui n'est pas à négliger, et qui joue un grand rôle dans le développement de la maladie chez les sujets réfractaires jusque-là, ou qui ont l'immunité acquise. Cependant il y a des sujets qui semblent réfractaires même à cette contagion intensive.

Il y a à l'hôpital des Enfants-Malades une infir-

mière qui n'a pas eu la rougeole étant enfant, et qui ne l'a pas prise dans son service. Elle est à la salle des rougeoleux depuis six ans. Une autre, par contre, qui avait eu la rougeole dans son enfance, en a contracté une nouvelle qui a débuté treize jours après son entrée dans le service.

III. — Contagion indirecte. — Le peu de persistance du germe contage, en dehors de l'individu, doit rendre ce mode de contagion beaucoup plus rare que la contagion directe, en dehors des hôpitaux ou des épidémies intenses; mais on ne saurait cependant en nier l'existence, bien qu'il soit beaucoup moins fréquent que dans certaines maladies, la scarlatine par exemple. Diverses conditions paraissent bien le rendre plus facile : c'est, d'une part, l'existence d'une épidémie, et de l'autre le séjour prolongé ou journalier de la tierce personne dans une atmosphère très contaminée. C'est ainsi que dans le cours des épidémies, différents observateurs ont cité des cas bien authentiques de rougeoles développées loin du foyer épidémique, à la suite du séjour d'une personne non malade provenant de ce foyer. Panum en a rapporté des exemples cités dans la thèse de Béclère. Kessler en a vu un cas bien remarquable[1], qui lui est

1. Un homme venant d'un village où règne la rougeole et ayant lui-même ses enfants malades de la rougeole, vient rendre visite à un ami dans une localité voisine. Celle-ci est absolument indemne. Pendant que les deux hommes causent, un enfant de la maison âgé de neuf mois reste dans la

propre, et un autre qui lui a été rapporté par Muller, médecin sanitaire de la circonscription. Croskary contagionna ainsi son propre enfant.

Le rapport de M. P. Courrent (de Touchan) rapporte des faits très nets de contagion indirecte, et qui prouveraient qu'une épidémie peut avoir pour point de départ une personne saine ayant été en contact avec les rougeoleux.

Le 21 janvier 1887, une jeune fille d'un village appelé Paziols est atteinte de rougeole. Le 9 février, trois enfants d'un village voisin Nouvelle, sont pris en même temps de toux et de catarrhe oculo-nasal, et le même jour, à Touchan, autre village, deux autres enfants sont pris. *Or la malade de Paziols a été visitée par sa belle-sœur, mère des enfants de Touchan,* et les parents des enfants de Nouvelle sont en relation d'amitié et de parenté avec celle-ci.

M. Giron, *loc. cit.*, a cité aussi un cas des plus nets : Une petite fille présente les prodromes de la rougeole le 15 août; elle est immédiatement isolée de son frère. Or, le 3 septembre, 19 jours après, celui-ci tombe malade à son tour. La mère, qui soignait sa fille, s'est occupée dans la chambre de celle-ci des vêtements de son petit garçon, qui y sont restés en permanence pendant l'invasion et l'éruption du premier cas ; la malade même a pu y toucher, et le petit garçon s'en est servi au fur et à mesure de ses besoins.

M. Gelly (Rapport académique au ministre, par M. Bucquoy, 1882) signale un cas d'importation de la rougeole dans une agglomération saine, par une jeune fille non malade venant d'un pays voisin contaminé.

chambre, et quelques jours après, il fut atteint d'une rougeole qui fut très grave. (*Berlin. klin. Woch.*, 1886.)

Dans l'épidémie qui sévit, à Vienne (Isère), sur le 8e régiment de hussards, M. le docteur Tartière rapporte qu'il contagionna son enfant, qui habitait à deux kilomètres de la caserne, dans une maison isolée. (Rapport au ministre, 1889, par M. Bouchard.)

M. Fiessinger (*ibid.*) a observé à Oyonnax (Ain), un cas de contagion double par une plaque de coton, qui avait été placée quatre mois auparavant sur la poitrine d'un morbilleux.

Il semble donc que les personnes saines vivant dans un foyer épidémique intense, comme ceux qu'on peut observer dans un village indemne depuis longtemps, puissent transporter avec elles des germes nocifs. Il y a probablement, du fait de l'épidémie, une exaltation dans la virulence du microbe, qui lui permet de conserver plus longtemps ses propriétés. Peut-être faut-il tenir compte aussi comme dans tous les cas semblables, de l'époque plus ou moins avancée de la maladie, au moment où la tierce personne s'est imprégnée du germe.

La seconde condition favorable au développement de la contagion indirecte est, avons-nous vu, le séjour prolongé dans une atmosphère très contaminée, comme celle des salles d'isolement dans les hôpitaux, par exemple. Franz Mayr et d'autres ont insisté déjà sur cette circonstance; mais il semble acquis que, pour que la contagion se réalise, il faut que la transmission se fasse dans un temps court et à une faible distance. Les conditions de transmission de la rougeole par une personne saine ou par des objets ayant appartenu aux rougeoleux

ont été étudiées par M. Grancher dans plusieurs communications ou leçons. Il en rapporté de nombreux exemples. Ce sont les étudiants en médecine, les infirmières, les surveillantes, enfin toutes les personnes qui donnent des soins habituels aux malades, ou qui vivent d'une façon permanente dans leur atmosphère, qui sont les agents les plus certains de la transmission indirecte. Elle peut se faire également par les linges, draps, mouchoirs, jouets, etc., servant ou ayant servi aux rougeoleux.

Mais ici encore, pour que la contagion se fasse, il faut qu'il s'écoule un court intervalle de temps entre le contact avec le malade et avec l'infecté.

La contagion indirecte semble être le mode de transmission le plus probable dans les hôpitaux d'enfants. MM. Grancher, Hutinel et Deschamps ont montré qu'à l'hôpital, la rougeole ne frappe pas tous les enfants susceptibles de la prendre, et qu'au contraire, le plus grand nombre ne sont pas contagionnés. Contrairement à ce qu'on avait admis, ces observateurs ont constaté que, le plus souvent, les lits voisins des rougeoleux restent indemnes, et que ce sont les malades couchés à l'extrémité de la salle qui sont frappés de préférence, soit dans la même rangée de lits, soit dans la rangée du côté opposé, à dix ou vingt mètres du foyer. M. A.-J. Martin pense cependant que les infirmières ou les tierces personnes ne doivent pas être seules incriminées, et que l'atmosphère peut jouer un rôle dans la dissémination des germes

issus du malade. Il y aurait à étudier à cet égard, dit-il, les mouvements d'air autour de celui-ci et l'influence exercée par le nettoyage et le balayage de la salle.

Quoiqu'il en soit, les règles de la propagation de la rougeole dans les hôpitaux d'enfants ont été formulées ainsi par M. Grancher :

L'agent contage de la rougeole, s'il se transmet par l'atmosphère, n'est pas très diffusible, car dans une salle d'hôpital d'enfants, où pénètre par erreur un rubioleux, le plus grand nombre des enfants susceptibles de prendre la rougeole échappent à la contagion.

La contagion de la rougeole se fait par petites épidémies qui s'éteignent spontanément et ne renaissent qu'après l'entrée, dans les salles, d'une nouvelle rougeole.

Si la contagion de la rougeole se fait par l'atmosphère, cette contagion n'est pas limitée à la région voisine du malade, et il n'existe pas autour des rubioleux une zone dangereuse de quelques mètres.

La contagion de la rougeole peut se faire sûrement par le transport à distance des germes contagieux à l'aide des mains ou des vêtements d'une tierce personne.

Tous les cas de contagion survenus dans nos salles à toutes distances des rubioleux et dans toutes les directions peuvent s'expliquer très bien par ce mode de contagion.

CHAPITRE XII

PROPHYLAXIE

Prophylaxie. — Des règles concernant le malade et les personnes qui le soignent ou qui en approchent.
Prophylaxie dans les hôpitaux, dans les écoles, dans les casernes, dans les villages.

Prophylaxie.

Les règles qu'il convient de suivre pour éviter autant que possible les possibilités de contagion comprennent :

1° Les règles de prophylaxie individuelle et celles qui concernent les personnes saines qu'on est amené à fréquenter;

2° Les règles de prophylaxie applicables aux agglomérations : hôpitaux, écoles et collèges, pensionnats, casernes, villages, etc., surtout quand ces agglomérations, comme les hôpitaux d'enfants ou les asiles, sont composées de sujets qui n'ont point

acquis l'immunité par une atteinte antérieure.

Ces mesures de prophylaxie devront être prises avec d'autant plus de soins que les enfants à isoler seront plus jeunes, et que l'épidémie sera plus dangereuse par ses complications ou par elle-même.

I. — La *prophylaxie individuelle*, pour les personnes que leur profession expose au contact des rougeoleux, consiste à éviter les chances de contagion directe ou indirecte. Elles peuvent se résumer ainsi : éviter de séjourner sans motif dans la zone dangereuse ; de toucher aux linges souillés ; de s'exposer à recevoir, par les quintes de toux, ou à s'inoculer soi-même involontairement sur les muqueuses les sécrétions provenant du malade ; on se lavera les mains après chaque examen dans des solutions antiseptiques. En réalité, ces précautions sont plus théoriques que pratiques, et avec ce que nous savons sur l'extrême contagiosité de la maladie, elles pourraient paraître illusoires, si nous n'avions vu que l'inoculation intensive chez les sujets réfractaires peut rompre l'immunité, et si, d'autre part, ces précautions n'étaient la préface obligée des règles de prophylaxie auxquelles le médecin doit s'astreindre pour éviter de porter avec lui les germes de la maladie et d'en contaminer les personnes saines.

L'isolement absolu du malade est la seconde condition indispensable pour empêcher la diffusion de la maladie. Pendant toute la période d'invasion et d'éruption, cet isolement sera radical. Pénétreront

seules dans la chambre du malade, les personnes strictement nécessaires pour lui donner des soins. Les enfants et toute autre personne de la maison susceptible de prendre la maladie ne devront avoir aucune communication avec lui, soit directe, soit indirecte; le mieux, quand la chose est possible, serait de les envoyer hors de l'appartement, chez des parents ou chez des amis, pendant plusieurs jours. Malheureusement cette mesure n'est rigoureusement applicable que dans le cas où la rougeole, en raison de circonstances qui attirent sur sa possibilité l'attention du médecin, est diagnostiquée dès les premiers symptômes de l'invasion. Dans le cas contraire, il vaut mieux, croyons-nous, s'abstenir et laisser les enfants simplement dans une chambre éloignée de celle du malade. Car, pour peu qu'on tarde à faire son diagnostic, tous les enfants susceptibles d'être contagionnés le sont, et, le plus souvent alors, cette mesure, excellente en soi, ne sert qu'à créer au bout de quelque temps — le temps de l'incubation — un nouveau foyer et à disséminer la maladie dans une autre famille, circonstance que celle-ci pardonnera peu au médecin.

Les personnes qui donnent des soins au malade seront-elles ainsi astreintes à un isolement rigoureux? Cette manière d'agir rencontre en pratique des difficultés parfois très grandes. On ne permettra, en tout cas, le contact qu'après un lavage antiseptique complet des mains et de la figure, et qu'après avoir fait changer de vêtements des pieds à la tête.

Ces précautions ne sont évidemment pas applicables au médecin, qui ne saurait changer de vêtements chez chacun de ses malades. Cependant il existe un certain nombre de faits publiés (Voyez *Contagion indirecte*) dans lesquels le médecin semble bien avoir porté avec lui la contagion. Ces exemples, quelque rares qu'ils soient, obligent celui-ci à quelques précautions. C'est d'abord, en temps d'épidémie, comme le propose M. Lardier (de Rambervillers) de voir tous ses malades rougeoleux les uns après les autres et après les autres malades de sa clientèle ; c'est là une prescription à laquelle on peut se soumettre dans une petite ville, mais qui est inapplicable dans les grands centres. Le mieux est de n'entrer dans la chambre du malade qu'après avoir emprunté dans la famille et revêtu un vêtement spécial, ou mieux d'exiger une blouse en toile qui restera à demeure dans la maison. Après son examen, le médecin, ayant quitté sa blouse, se lavera les mains et la figure avec une solution antiseptique, et retrouvera dans l'antichambre ses vêtements ordinaires qu'il y aura déposés.

Les linges, les vêtements, la literie du malade seront l'objet d'une désinfection particulière pendant et après la maladie. Tout ce qui aura servi au malade sera mis à part, pour être désinfecté ; on en évitera le mélange avec le linge sale des personnes saines de la famille. Rien ne sera donné à la blanchisseuse avant désinfection.

Ces mesures, qui peuvent paraître excessives dans la grande majorité des cas, trouvent cependant leur justification dans les cas de contagion indirecte dont nous avons parlé. Disons cependant que leur non-observation n'a pas des conséquences

aussi graves que pour certaines maladies, la diphtérie, le choléra par exemple.

Cependant ils sont commandés par la prudence, dans l'impossibilité où nous sommes encore à l'heure actuelle de juger si les locaux peuvent rester contagieux ou non, et si les cas qui ont été publiés[1] de contamination au bout d'un an par des locaux infectés par un rougeoleux sont l'expression exacte des faits ou peuvent recevoir une autre interprétation.

A quelle époque peut-on permettre la vie en commun d'un rougeoleux avec le reste de la famille? Il est probable qu'on pourrait diminuer sans danger la plupart du temps la période d'isolement; mais il vaut mieux fixer ce temps à quinze jours pour les rougeoles simples. Au bout de ce temps, le malade sera baigné, savonné, désinfecté avec un savon antiseptique, par exemple, sans oublier les cheveux. Il prendra ce bain dans une chambre voisine de celle où il aura été isolé, et revêtira là des vêtements neufs, sans pouvoir rentrer dans la pièce où il a été malade. Il pourra alors être rendu aux siens; mais il sera bon, pour plus de précautions, de recommander à ses frères et à ses sœurs de s'abstenir encore pendant quelque temps des manifestations de tendresse habituelle, lorsque le convalescent reprend sa place au milieu de tous. Ces prescriptions, relatives au temps, ne

1. Ch. Eloy, *Revue gén. de clinique et de thérap.* — Geschwind, *Arch. de méd. et de pharmacie militaires*, 1886.

doivent être envisagées ici qu'au point de vue de la prophylaxie, abstraction faite de la maladie elle-même et de sa gravité, qui peut nécessiter un séjour au lit plus prolongé. Nous retrouverons ce point et les médications qui en découlent au chapitre du traitement et en parlant des complications.

II. — La prophylaxie dans les *agglomérations d'individus* est *des plus importantes*, surtout lorsqu'il s'agit d'agglomérations de sujets que leur âge ou leur réceptivité par absence d'immunité expose sûrement à la contagion. Elle concerne les écoles ou collèges, les casernes, les hôpitaux, infirmeries, dispensaires, les villages ou hameaux dans lesquels la rougeole n'est pas endémique comme dans les grandes villes, mais sévit par épidémies séparées par un intervalle de temps plus ou moins long, enfin dans les villes.

Dans les *écoles*, *collèges*, *asiles*, la surveillance du médecin à qui incombe ce soin doit être en temps d'épidémie de tous les instants. Elle doit être d'autant plus vigilante que ces établissements reçoivent des élèves externes dont on ne peut connaître sûrement tous les jours la situation sanitaire, soit personnelle, soit familiale. Il est bon en pareille circonstance d'imiter la pratique de M. Sevestre (*Études de clinique infantile*) et de mettre les maîtres ou maîtresses au courant des premiers symptômes de la maladie, afin de permettre de prendre en temps voulu des mesures d'isolement efficaces.

L'entrée dans les classes devra être rigoureu-

sement interdite à tout enfant présentant des symptômes suspécts, qui sera, ou rendu de suite à sa famille, ou isolé dans une salle spéciale de l'établissement.

Mais la plupart du temps, ce n'est point ainsi que les choses se passent, et le premier cas de rougeole n'est en général signalé que par l'éruption.

Le malade a donc fréquenté pendant la période active du contage ses camarades, qui sont, dès lors, tous des suspects. Il est alors important de soumettre ceux-ci à une surveillance jusqu'au moment où, la période d'incubation étant passée depuis quelques jours, on peut être sûr que ceux qui n'offrent aucun symptôme anormal ont échappé à la contagion. Le licenciement en bloc des élèves est une mesure non seulement inutile[1], mais dangereuse, puisque avec chaque enfant contagionné renvoyé dans la famille on va créer un nouveau foyer de contagion et disséminer un peu partout la maladie.

Il vaut donc mieux se borner aux préceptes suivants : A partir du septième ou huitième jour après l'apparition des prodromes du premier cas, les élèves externes seront maintenus en surveillance chez leurs parents et séparés de leurs frères et sœurs. Les élèves internes ne devront avoir aucune communication pendant ce temps avec les élèves des autres salles et dortoirs. Passé le quinzième jour après les prodromes du premier cas, ceux qui

1. Voir le rapport de M. Siredey au ministre en 1884. (*Acad. de médecine*, 1886.)

ne sont pas tombés malades, pourront être considérés comme ayant échappé définitivement à la contagion. Cette manière d'agir, qui, il est vrai, expose ceux qui n'avaient pas été contagionnés par le premier cas à la contagion de la poussée nouvelle qui se fera, a l'avantage cependant d'éteindre sur place le foyer et de s'opposer à la diffusion. Les non malades seront encore maintenus en quarantaine pendant une quinzaine de jours, après quoi, si aucun cas ne s'est produit, ils peuvent être considérés comme indemnes, et l'épidémie comme éteinte.

Dans le cas où le licenciement est ordonné, on agira vis-à-vis des internes rentrés dans leurs foyers comme nous l'avons vu faire pour les externes; on pourra permettre au bout de quinze jours aux enfants frappés de rentrer en classe. Mais pendant tout le temps de la maladie les frères et les sœurs devront être eux aussi exclus des classes pendant la même période de temps. Il en sera de même des voisins de classe immédiats ou de tous les élèves, si le licenciement en bloc a été ordonné.

Ce sont ces principes qui doivent guider également pour la prophylaxie dans les *casernes*. C'est par chambrée que la maladie procède. L'évacuation, par le reste des troupes, des locaux voisins, mais non contaminés doit être la mesure d'urgence. Ajoutons que dans aucun cas l'autorité militaire ne devra diriger des recrues sur un corps de troupes où sévit la rougeole. C'est aux médecins du corps, qui en ont le devoir et le droit, à s'opposer à

cette mesure par tous les moyens en leur pouvoir.

La question de la prophylaxie dans les *hôpitaux* et dans les *salles de consultation* a fait un grand progrès depuis quelques années. Depuis la thèse de Béclère, qui réclamait l'isolement des rougeoleux jusque-là confondus dans les salles communes, la prophylaxie de la rougeole a été l'objet de travaux dus à MM. Grancher, Ollivier, Sevestre, etc. Ces travaux ont eu pour résultat de parfaire les mesures prises pour l'isolement des malades, et d'opposer à la contagion des pratiques d'antisepsie particulières.

La contagion à l'hôpital peut se faire : 1° dans les salles, soit par contact direct d'un rougeoleux, soit par l'intermédiaire de médecins, élèves, sœurs, surveillantes, infirmiers, passant pour leur service du pavillon d'isolement à une salle commune; 2° elle peut se faire dans les salles d'attente de consultation ou dans les policliniques.

1° La contagion dans les salles communes était fréquente autrefois avant l'isolement des rougeoleux. C'est dire que la première règle de prophylaxie est de ne pas hospitaliser les rougeoleux dans les salles où sont soignés d'autres malades. L'incompatibilité de deux infections simultanées n'est plus aujourd'hui qu'une conception erronée ayant contre elle de nombreux faits. Mais la chose n'est pas toujours aussi facile à appliquer qu'à formuler.

Le problème est rendu plus difficile par ce fait, que la rougeole est surtout contagieuse à une époque

où l'éruption caractéristique fait défaut, et pendant laquelle les erreurs de diagnostic sont plus fréquentes et plus préjudiciables aux enfants de la même salle.

Comme nous l'avons vu plus haut, on peut admettre dans les salles communes un enfant atteint de rougeole par erreur de diagnostic, ou avec une bronchite rubéolique prémonitoire, ou bien un enfant en puissance de rougeole avant la période d'invasion, ou bien enfin un convalescent de rougeole avec bronchite[1].

Si l'on veut bien accorder que cette dernière circonstance offre peu de chance de contagion, il n'en est pas de même des trois autres.

Or, pour éviter de ce chef toute chance de contagion, il n'existe que deux moyens : ou l'isolement absolu des suspects, ou des pratiques d'antisepsie qui rendent peu probables les chances de contagion.

L'isolement individuel des malades dans des chambres spéciales, avec une infirmière spéciale, comme le réclamait M. Richard à la Société médicale des hôpitaux, serait certainement la mesure la plus radicale. Mais on se heurte ici à des difficultés matérielles et budgétaires insurmontables. Le lazaret ainsi conçu reste donc pour l'instant une chimère.

L'isolement des entrants dans des locaux spéciaux ne contenant pas plus de cinq à six lits a été

1. Grancher, *Union méd.*, 1889.

proposé par M. Sevestre. Les malades sont réunis, le premier jour de leur entrée, sous la surveillance d'une infirmière unique, qui ne doit avoir aucun point de contact avec le reste du personnel.

Aux premiers symptômes suspects, les malades sont alors isolés. Les enfants séjournent dans ces salles le temps qui correspond à l'incubation de la rougeole, et passé lequel ils sont envoyés dans la salle commune. Quinze jours suffisent pour les suspects, cinq à six pour les douteux. Ces mesures figurent également dans les conclusions du rapport de M. Comby à la Société médicale des hôpitaux.

Les avantages de ce système sont faciles à comprendre. En raison de leur petit nombre, les enfants sont mieux surveillés, et si une rougeole se montre, son extension, dans le cas de contagion, est forcément plus limitée que dans une salle commune.

Malheureusement, il demande des locaux et un personnel qu'on n'a pas toujours à sa disposition. Dans le même but de prophylaxie, M. Grancher a appliqué dans son service, à l'égard des douteux, des pratiques empruntées à l'antisepsie médicale rigoureuse. Persuadé que la contagion se fait surtout par l'intermédiaire des infirmières ou des objets ayant été en contact avec les malades, il a restreint, dans la mesure du possible, les chances de contagion en stérilisant tous les objets d'usage courant pour le malade, en plaçant près des douteux une infirmière spéciale, qui, dans sa pensée, ne doit avoir aucun contact avec les autres enfants en traitement dans la salle. Le lit des douteux est entouré

d'un grillage métallique clos, sorte de paravent analogue au parafeu, de $1^{m},20$ de haut, qui empêche les contacts directs. Une porte permet à l'infirmière de pénétrer auprès du malade pour les soins journaliers. Chaque lit possède un panier en fil de laiton, destiné à contenir les ustensiles nécessaires aux repas : après chacun de ceux-ci, le tout est plongé dans l'eau bouillante, qui stérilise.

L'infirmière est astreinte à des pratiques antiseptiques spéciales, et doit se laver les mains et la figure chaque fois qu'elle a touché au malade, soit pour les soins de propreté, soit pour un autre motif.

Malheureusement, il faut bien le dire, malgré ces soins minutieux, malgré l'isolement, les cas intérieurs de rougeole sont encore fréquents.

En 1886, M. Grancher avait eu dans son service 39 cas intérieurs ;

En 1887, il y en avait 34.

En 1889, année où l'antisepsie a été appliquée, 25 ; chiffre évidemment inférieur, mais qui montre bien, ainsi que nous l'avons vu plus haut, l'extrême diffusion du germe morbilleux et la difficulté qu'il y a à lutter contre lui.

L'isolement lui-même n'a pas donné les résultats auxquels on s'attendait. M. Grancher a montré dans ses leçons cliniques que, avec l'isolement tel qu'il est pratiqué aujourd'hui, la morbidité à l'hôpital n'a pas sensiblement diminué[1]. Nous verrons

1. Voyez *Complications de la rougeole*. Voici, à ce sujet un

ailleurs que cet isolement a peut-être augmenté la mortalité.

Les pratiques de prophylaxie, en ce qui concerne les personnes — médecins, élèves, sœurs, surveillantes, infirmières, etc. — qui ont avec les morbilleux des contacts journaliers et prolongés, et qui peuvent par cela même disséminer la maladie, se résument en quelques régles de propreté et d'antisepsie. Les personnes, en entrant dans la salle, revêtiront une longue blouse, boutonnée aux poignets et au cou, et elles l'abandonneront en quittant le service, aprés s'être savonné les mains, les avoir lavées soigneusement, ainsi que le visage, avec une solution de sublimé à un millième.

Les infirmiéres du service d'isolement, ne devront avoir aucun rapport avec le personnel des autres salles, à plus forte raison avec les enfants

tableau intéressant donné par M. Grancher concernant l'hôpital des Enfants Malades :

I. AVANT LE PAVILLON DES ROUGEOLEUX.

Années.	Cas ext.	Cas intér.	Décès.	Mortalité.
1884. . . .	362	74	191	43 p. 100
1885. . . .	301	60	119	33 —

II. APRÈS LE PAVILLON DE ROUGEOLEUX.

Années.	Cas ext.	Cas intér.	Décès.	Mortalité.
1886. . . .	279	127	197	48 p. 100
1887. . . .	371	145	206	40 —
1888. . . .	217	205	178	42 —

Les communications de M. Sevestre à la Société médicale des hôpitaux en 1890 pour l'année 1889 à l'hôpital des Enfants-Assistés plaident dans le même sens.

des autres services ; elles prendront leur repas à part, coucheront dans un dortoir spécial, et quitteront également, une fois leur service fait, les vêtements spéciaux en toile qu'elles portent dans la salle.

Ces mesures sont d'une application difficile et d'une surveillance de tous les instants. Si l'on réfléchit, d'autre part, à la multiplicité de plus en plus grande des pavillons d'isolement pour les différentes maladies dans les hôpitaux d'enfants, à la complexité qui en résulte forcément pour le service, on peut se demander s'il n'est pas préférable de créer des hôpitaux spéciaux pour la rougeole comme pour les autres maladies du même genre.

2° Les *salles de consultation*, les *policliniques*, les *dispensaires*, où se trouvent réunis à un certain moment, confondus dans un encombrement manifeste, un grand nombre d'enfants atteints des maladies les plus différentes, dont la plupart sont transmissibles, constituent également un centre de contagion pour la rougeole. Les chances de celle-ci sont d'autant plus grandes qu'on y examine les enfants à une période plus précoce encore de leur maladie, c'est-à-dire à un moment où la confusion avec un rhume, la grippe, une bronchite, est encore plus facile à faire. On peut cependant parer jusqu'à un certain point à ce danger. Pour cela, il est de toute nécessité qu'un élève compétent se tienne à l'entrée de la consultation, et y examine chaque enfant amené, de façon à isoler de suite dans un local *ad hoc* ceux qu'ils soupçonnent atteints de rougeole.

Les *villages*, *hameaux*, sont placés dans des conditions particulières en ce qui concerne la propagation de maladies comme la rougeole. La nécessité d'un contact avec un malade, jointe au peu de relations qui unissent les villages entre eux, sont des conditions très favorables à ce qu'on pourrait appeler la prophylaxie naturelle, et expliquent comment des groupements humains d'une certaine importance peuvent rester indemnes dans un pays contaminé. D'autre part, la rareté des épidémies de rougeole dans de semblables milieux a pour conséquence ce fait que, par rapport à la densité de la population, le nombre des sujets susceptibles d'être contagieux est très grand, et que par conséquent il y a de ce chef un terrain tout préparé pour une explosion épidémique. Cette situation crée donc pour les médecins sanitaires d'une circonscription le devoir de prévenir celle-ci, lorsqu'il y a des localités contaminées dans la contrée.

Les agents de transmission sont, en pareille circonstance, surtout les enfants, qui, les jours de congé, peuvent avoir des contacts avec les enfants des villages contaminés. M. Lardier (de Rambervillers) a proposé un moyen judicieux de parer au danger : c'est de distribuer aux instituteurs les cartes qui accompagnent le bulletin statistique de quinzaine, en marquant d'un signe quelconque les villages contaminés. Le lendemain des jours de congé, chaque enfant est interrogé sur l'emploi de son temps, et tous ceux qui ont été fréquentés des habitants de ces villages, sont renvoyés chez leurs

parents, jusqu'au moment où le temps de la période d'incubation est écoulé.

Il sera bon, également, par les voies de publicité ordinaires, de faire connaître aux habitants d'une commune les noms des villages contaminés, et le danger auquel on s'expose en s'y rendant sans motif grave. La prudence légendaire des paysans, jointe à leur crainte des épidémies, sera le plus sûr garant des précautions sanitaires à prendre.

Dans les *villes* où la rougeole sévit à l'état normal, comme Paris, et frappe toutes les classes de la société, les dangers de contagion résultent surtout, en dehors des écoles et des collèges — dans la réunion des enfants en grand nombre sur certaines promenades publiques où on les conduit, à certaines heures de la journée, soit par mode, soit pour tout autre motif, ou dans les réunions mondaines : matinées, bals, comédies, etc. — S'il est impossible, en temps normal, de s'opposer à cette manière de vivre, du moins le médecin devrat-il prévenir les parents du danger qu'il y a, surtout aux époques de recrudescence de la rougeole, à laisser leurs enfants en contact avec des enfants qu'ils ne connaissent pas, sous prétexte de jeux, promenade, etc. Cette recommandation est surtout utile dans les familles où l'on confie à des nourrices le soin des promenades. Ces nourrices, outre qu'elles surveillent peu, se rencontrent avec des camarades plus ou moins nombreuses, et c'est ainsi que des rougeoles se prennent dans les jardins publics (Champs-Élysées, Luxembourg, Parc-Mon-

ceau, etc.), dans les théâtres en plein vent, sur les promenades fréquentées. La meilleure prophylaxie, dans les grandes villes, consiste donc à éviter les agglomérations enfantines, à faire bon marché de la mode qui décide que telle promenade est de bon ton ou non, à envoyer ses enfants plus loin, et dans un endroit moins brillant peut-être, mais plus sain.

C'est à la diplomatie du médecin à obtenir ce résultat, plus difficile à atteindre qu'on ne croit.

Nous pouvons résumer les règles de prophylaxie en donnant les conclusions qui ont été formulées en 1884 par le Conseil d'hygiène sur le rapport de M. Ollivier.

1° Le seul mode de préservation efficace est l'isolement complet des enfants malades, ou, ce qui vaut mieux encore, l'éloignement des enfants bien portants.

Cet éloignement est indispensable pour les enfants de moins de cinq ans, il devra durer au moins trois semaines à partir du moment où l'éruption a été constatée.

2° On devra désinfecter la chambre du malade (le Conseil préconise l'acide sulfureux, 20 grammes de soufre par mètre cube). Les matelas, ouverts, restent dans la chambre pendant la fumigation.

Les vêtements, linges, etc., sont plongés dans une solution contenant par litre 50 grammes de chlorure de zinc ou de sulfate de cuivre.

3° Les enfants rougeoleux ne devront pas être renvoyés à l'école avant trois semaines à partir du début de l'éruption et après avoir pris un bain savonneux.

CHAPITRE XIII

TRAITEMENT

Traitement. — Traitement hygiénique. — En ville en présence d'un cas isolé. — A l'hôpital.
Traitement médical. — Médications dangereuses. — Traitement symptomatique : régime, diarrhée, toux, conjonctivite. — Coryza. — Symptômes nerveux.
Traitement applicable aux différentes formes cliniques : Forme inflammatoire, forme suffocante, forme hémorrhagique, forme ataxo-adynamique et bains froids.

Traitement.

Le traitement de la rougeole ne doit pas s'adresser seulement à la maladie elle-même. En dehors des règles de prophylaxie propres à enrayer, si possible, la dissémination de la maladie, et sur lesquelles nous nous sommes étendu dans le chapitre précédent, le traitement en comporte d'autres non moins importantes, et qui ont pour but d'éviter au malade le danger de complications, qui, ainsi que

nous le verrons, rendent le pronostic d'une maladie relativement bénigne, comme la rougeole, incertain du moins pendant un certain nombre de jours. Ces règles *d'hygiène* et *d'antisepsie médicale*, bien que rentrant plutôt dans le chapitre relatif au traitement prophylactique des complications, sera cependant exposé ici, car, en réalité, il fait partie des pratiques obligées dans le traitement des morbilleux, surtout lorsqu'il s'agit de morbilleux hospitalisés.

Nous aurons donc à étudier :

1° Le *traitement hygiénique* de la rougeole en général ; 2° le *traitement médical* proprement dit, qui varie naturellement d'importance et d'énergie, selon la gravité des cas particuliers et selon la forme clinique que chacun d'eux revêt.

Le traitement hygiénique du malade comprend d'abord l'ensemble des conditions matérielles, dans lesquelles le malade va vivre durant sa maladie, et qui auront d'autant plus d'importance, selon qu'il s'agira de malades réunis en plus ou moins grand nombre dans des salles communes.

Les malades soignés en ville seront placés dans une chambre vaste, facile à aérer en été, à chauffer pendant l'hiver. Le lit, sans rideaux, sera placé dans un angle de la pièce opposé aux fenêtres, en dehors des courant d'air, qui vont de celles-ci ou des portes vers la cheminée. On évitera également de le placer en face de l'ouverture des portes de la pièce. Si la disposition des lieux s'y oppose, un paravent sera interposé entre la porte et le lit. Ces

précautions, qui pourraient sembler superflues, sont cependant utiles, lorsqu'on |a affaire aux enfants surtout, qui se découvrent facilement dans leur lit, mettant en défaut la surveillance la plus empressée. Sans fuir le jour, on évitera cependant de placer le malade la face dirigée en pleine lumière; on ne doit pas oublier que, dans certains cas, la photophobie est intense, et que l'éclat d'une lumière trop vive peut amener de l'agitation.

La température de la pièce ne devra pas être trop chaude, ainsi qu'on avait tendance à le faire autrefois : 17 à 18 degrés sont une température convenable en hiver, et qu'on entretiendra nuit et jour au moyen d'un feu de cheminée. Si ce chauffage est impossible, et qu'on doive se contenter d'un poêle, on devra recommander de placer en permanence un récipient contenant de l'eau chaude, afin de ne point augmenter le fonctionnement des muqueuses malades par un air trop sec.

En été, ou quand la température extérieure le permettra, les fenêtres seront tenues ouvertes pendant la belle période de la journée. L'aération de la pièce sera ainsi établie. Lorsque la température ne le permettra pas, on aérera la chambre du malade indirectement, ou, si on ne le peut, on ouvrira les fenêtres au milieu de la journée en protégeant le malade au moyen de couvertures et de voiles en gaze. Si la température est trop froide, on devra se contenter de l'aération indirecte, ou de celle qui est produite par le tirage de la cheminée. Lorsqu'on dispose de deux pièces voisines et communiquant

largement, d'un chauffage facile en hiver, on peut transporter le lit du petit malade dans l'une des deux pendant le jour, et réserver l'autre pour la nuit.

Le malade sera suffisamment couvert dans son lit où on évitera qu'il se découvre. Lorsque la rougeole est très légère, et que les enfants sont peu malades, ce dernier point est difficile à obtenir. Je pense qu'on peut sans inconvénient dans ces cas, et dans ces cas seulement, autoriser l'enfant à jouer ou à s'occuper sur son lit. Une camisole de laine, un jersey de laine épaisse, etc., leur couvriront alors la poitrine et les bras.

Ces précautions doivent être observées non seulement dans la période aiguë — prééruptive ou éruptive — de la maladie, mais encore dans les jours qui suivent l'éruption.

A l'hôpital. — Les salles de morbilleux devront être larges, hautes, bien disposées pour l'aération, et pour éviter en même temps les courants d'air froid [1]. Les lits devront être espacés; dans aucun cas et sous aucun prétexte, le médecin ne doit y tolérer de l'encombrement. Bien qu'il ait à exiger la plus grande propreté, il devra cependant modérer les excès de balayage et d'époussetage qui transportent les germes et infectent l'atmosphère. Les malades devront avoir leurs ustensiles de toilette ou de repas personnels, ne servant qu'à eux; de même pour le linge de lit ou de corps, pour les

1. Malheureusement, la plupart des locaux hospitaliers qui ne sont que des pavillons d'isolement d'occasion, sont loin de remplir ces conditions!

jouets; — les règles pour le chauffage et pour l'aération sont les mêmes que plus haut. J'insiste tout spécialement cependant sur l'*aération* qui devra être surveillée d'autant plus que le nombre des malades hospitalisés sera plus grand.

Il serait très important d'avoir des salles spéciales pour les convalescents, ou inversement pour les morbilleux gravements atteints. En leur absence, les convalescents qui se lèvent devront éviter le plus possible de séjourner dans les salles, et surtout de s'approcher, sous prétexte de jeu ou autre, des malades encore couchés et plus sévèrement frappés. On devra, autant que possible, les réunir dans une portion des salles d'isolement, qui leur sera plus spécialement réservée.

Les enfants seront maintenus au lit pendant une période variable après l'éruption et qui dépend naturellement de bien des facteurs que nous ne saurions tous analyser ici. C'est à l'initiative propre du médecin qu'il convient de prendre, le cas échéant, une résolution à ce sujet. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que, dans la rougeole simple, il est bon de maintenir les enfants couchés de dix à quinze jours après l'éruption : même dans les cas les plus bénins, cette règle est prudente, car les enfants, une fois levés, échappent facilement à la surveillance, quittant la chambre où ils devaient primitivement demeurer. La première sortie au dehors dans ces mêmes conditions peut être permise au bout de vingt à vingt-cinq jours à partir de l'éruption.

Le traitement hygiénique comprend encore un certain nombre de mesures qu'il est indispensable de prendre surtout quand il s'agit de malades hospitalisés. Nous avons vu que l'on trouvait dans les cas de rougeole les plus simples, des micro-organismes divers appartenant aux espèces pathogènes et qui, ainsi que nous le dirons en parlant des complications de la rougeole, jouent un rôle considérable dans la pathogénie de celles-ci. Il est donc important de réaliser, dans la mesure du possible, l'antisepsie des muqueuses et des cavités naturelles. Cette mesure est d'autant plus nécessaire que le catarrhe morbilleux est lui-même plus intense et prépare un terrain plus favorable à l'éclosion des complications ultérieures. Les lavages, les lotions antiseptiques sont donc indiqués, à titre prophylactique des complications, dans le cours de la maladie. Et, à moins d'indications spéciales qui attirent l'attention sur la conjonctive, le nez, les organes génitaux, c'est surtout la cavité buccale qu'il importe de surveiller, en raison du plus grand nombre de microbes pathogènes qui s'y trouvent.

On peut employer dans ce but un grand nombre d'antiseptiques, mais le salol, les lavages à l'acide salicylique, au phénosalyle, sont les plus fréquemment employés.

On pourra plusieurs fois par jour faire nettoyer la cavité buccale avec un tampon de ouate imbibée du collutoire suivant :

Salol.	1 à 2 grammes
Glycérine.	20 à 30 —

Dans certain cas de coryza intense, les lavages du nez sont indiqués, soit avec de la solution à 1 pour 1000 d'acide salicylique chaud, soit avec la solution de phénosalyle.

La conjonctivite trop intense demande des compresses boriquées, de même la vulvite.

II. TRAITEMENT MÉDICAL

S'il est une maladie où on peut préconiser l'abstention, c'est bien la rougeole. C'est pour n'avoir pas suivi ce précepte, que des médecins, par une médication intempestive, ont observé des accidents d'une gravité plus ou moins grande. Nous recommandons tout spécialement, soit dans une rougeole confirmée, soit dans un état fébrile indéterminé qu'on a de bonnes raisons de soupçonner de nature morbilleuse, de s'abstenir d'une façon absolue des purgatifs violents, et ensuite des vomitifs : l'emploi extrajudicieux du tartre stibié en particulier peut amener des résultats désastreux. L'ipéca, — à dose vomitive, — quoique moins dangereux, n'en est pas meilleur. La conséquence de cette médication perturbatrice est d'amener des désordres gastro-intestinaux, troublant l'évolution normale de l'éruption. Dans les épidémies de rougeole qui se montrent en particulier en même temps que le choléra ou que la gastro-entérite, cette manière d'agir serait encore plus dangereuse.

Cependant, si nous ne pouvons rien pour enrayer

la marche cyclique de la maladie, il n'est pas à dire pour cela que le médecin n'ait qu'à assister en spectateur désarmé au tableau morbide qui se déroule sous ses yeux. Bien au contraire; et c'est alors que chaque cas particulier comporte des indications, qui réclament une intervention plus ou moins active. Cette médication symptomatique est la seule qui soit légitime.

De plus, le médecin a à surveiller le régime de son malade.

Le régime des malades est celui de toutes les affections fébriles, subordonné à l'état général du malade et à l'intégrité plus ou moins grande du tube digestif. Dans la période aiguë de la maladie, on se bornera à prescrire des potages, du lait, un œuf à la rigueur; on n'oubliera pas que le malade doit avant tout être alimenté, et que les accidents gangreneux en particulier ont diminué et même disparu depuis qu'on a proscrit la diète dans le régime des rougeoleux. Contre la soif, on donnera du vin coupé d'eau, de la limonade cuite non sucrée de préférence, ou du sirop de limon coupé d'eau. Il est inutile de prescrire des infusions chaudes, des tisanes qui affadissent l'estomac des malades : les boissons acidulées un peu dégourdies conviennent mieux.

La diarrhée du début dure peu en général et est de peu d'importance. Si elle devenait plus grave, on serait obligé de restreindre l'alimentation des malades, de recourir à des fomentations chaudes sur le ventre, à des lavements détersifs du gros intestin.

Henoch préconise dans ce cas l'infusion d'ipéca additionné d'opium :

Infusion d'ipéca. . .	0,20 dans 100 grammes d'eau.
Mucilage de gomme.	àâ 10 grammes.
Sirop simple. . . .	
Extr. d'opium. . . .	0gr,02 à 0gr,03 centigr.

par cuillerées à dessert toutes les heures.

On peut employer aussi le sous-nitrate de bismuth, associé à l'opium, le diascordium, etc.

A mesure que les voies digestives s'amélioreront et que l'appétit du malade augmentera, on pourra se départir de la sévérité dans le régime, et donner des aliments solides, revenir, en un mot, au régime ordinaire de l'enfant.

Des indications particulières au traitement sont fournies par les principaux symptômes du début et de la période d'état.

La toux peut être très vive et fatiguer le malade. On calmera la violence et la continuité des quintes par les moyens ordinaires. L'association de l'alcoolature de racine d'aconit avec l'opium et l'éther donne de bons résultats :

Alcool de racine d'aconit. . . .	10 à 20 gouttes.
Extrait thébaïque.	0gr,02 à 0gr,05.
Sirop d'éther.	10 à 20 gram.
Potion gomme.	60 grammes.

selon les âges.

A prendre par cuillerées à café.

On peut aussi avoir recours à l'infusion d'ipéca additionnée d'eau de laurier-cerise.

Infus. de rac. d'ipéca, 0,20 à 0,50 dans	100 gr. d'eau.
Nitrate de potasse	2 gr.
Eau de laurier-cerise.	1gr,50
Sirop d'althea	20 gr.

par cuillerée à désert toutes les deux heures. Henoch recommande aussi un petit vésicatoire de la longueur d'une phalange sur la fossette sus-sternale. Dans le même but agissent des fomentations chaudes sur le cou et au devant de la poitrine des bottes de ouate, qu'on pourra sinapiser, mais seulement chez les enfants peu nerveux et peu agités.

On pourra recourir aussi aux inhalations de vapeur d'eau, en ajoutant une substance émolliente ou narcotique quelconque dans l'eau; ou des potions calmantes avec le bromure de potassium, l'extrait de laitue, quand les enfants sont très jeunes et qu'on redoute pour eux les opiacés.

La conjonctivite trop intense sera modérée par des compresses d'eau tiède : on emploiera soit une solution d'acide borique, soit des infusions émollientes; des lavages du nez avec les mêmes substances, un peu de vaseline boriquée chaude sur le nez, diminueront les symptômes de tension provenant du coryza.

Les épistaxis sont en général assez peu abondantes pour mériter une thérapeutique spéciale.

Lorsque l'éruption sort mal, l'obligation s'impose

d'en rechercher la cause et d'y remédier par les moyens ordinaires; on aura en dehors d'eux recours aux excitants diffusibles : acétate d'ammoniaque, infusions aromatiques chaudes, frictions stimulantes de la peau, bain chaud, urtication, sinapisation.

Aux convulsions du début, à l'éréthisme nerveux, on opposera le bain tiède, ou bien une ou plusieurs lotions faites avec de l'eau à la température de la chambre et suivies d'un enveloppement dans une couverture de laine.

On y associera les médicaments tels que les bromures, la valériane, l'essence de néroli, l'eau de fleurs d'oranger, etc. On évitera dans la chambre du malade le bruit, les excitations nerveuses, la présence d'une personne peu agréable à l'enfant, etc.

Les différentes formes cliniques de la rougeole comportent une indication spéciale.

Dans la *forme inflammatoire*, la violence des symptômes du début et les phénomènes thermiques nécessitent les bains tièdes, les lotions froides, l'emploi du sulfate de quinine ou mieux du bromhydrate de quinine. Les malades sont plongés pendant deux à cinq minutes dans un bain à 30 degrés environ. Lorsque les accidents vont jusqu'au coma et aux phénomènes respiratoires, qui indiquent que le bulbe est touché, il est urgent d'appliquer des ventouses sèches sur la colonne vertébrale, ou des sangsues derrière les oreilles, ou enfin un vésicatoire à la nuque, chargé moins de faire

une révulsion cutanée que d'exciter par la douleur qu'il provoque les centres nerveux du malade.

M. Sanné conseille même dans ces cas une légère saignée générale ou des ventouses scarifiées à la base de la poitrine.

La rougeole *suffocante* appelle l'attention du médecin sur l'appareil respiratoire, que l'on doit s'efforcer de dégorger en provoquant l'éruption cutanée. Contre la dyspnée on aura recours aux ventouses sèches sur la poitrine, même aux ventouses scarifiées. On emploiera aussi, dans le même but, les sinapismes promenés sur le tronc et les membres, la flagellation, l'urtication, les frictions stimulantes. On évitera cependant, chez les enfants très irritables ou qui ont déjà eu des convulsions dans la période prodromique, des excitations cutanées trop vives, qui pourraient en provoquer le retour.

Les excitants diffusibles, — acétate d'ammoniaque, éther, etc., — seront administrés à l'intérieur.

La rougeole *hémorragique*, presque toujours mortelle, laisse bien peu de prise à la thérapeutique ; cependant la violence des manifestations nerveuses et le mauvais état général des malades nécessitent une médication symptomatique. Les toniques cardiaques et les toniques généraux sont absolument indiqués. On leur associera les médicaments modérateurs de l'activité nerveuse : bromure de potassium, valériane, musc, etc.

Les bains froids semblent contre-indiqués : on

doit craindre à leur suite la possibilité du collapsus cardiaque. Mais les bains tièdes n'ont pas les mêmes inconvénients, et peuvent calmer l'agitation extrême des malades, surtout si on leur associe des affusions froides sur la tête.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une rougeole *ataxo-adynamique*, on ne doit pas perdre son temps à une médication interne plus ou moins active. Les phénomènes nerveux, l'agitation, les convulsions, ou au contraire l'abattement, la menace du coma, nécessitent sans hésitation l'emploi de la balnéation froide. C'est dans ces cas que le médecin doit faire appel à toute son autorité dans les familles, imbues, au sujet du bain froid dans les fièvres éruptives, de préjugés qui ne tombent pas facilement. Il n'oubliera pas en cette circonstance que tergiverser et remettre au lendemain c'est perdre la seule chance qu'il a de sauver le malade, c'est négliger le seul moyen qu'il possède, d'agir avec quelque chance de succès. La sécheresse aride de la peau, la langue rôtie, l'hyperpyrexie, l'anurie, les phénomènes ataxo-adynamiques indiquent formellement le bain froid.

Les enfants supportent moins bien que les adultes cette médication, et chez eux le collapsus cardiaque est plus à redouter. D'autre part, chez eux, M. Sevestre a toujours vu le bain tiède donner d'excellents résultats. Aussi devra-t-on à cet âge agir avec plus de prudence. Le médecin doit *donner lui-même* le bain froid, surveiller le pouls, et, au premier signe de faiblesse, retirer le malade,

l'envelopper dans une couverture, pratiquer des frictions, des injections sous-cutanées de caféine ou d'éther, et lui faire prendre à l'intérieur, si possible, une potion cordiale, du thé au rhum, du vin chaud, du punch.

Mais en général les suites du bain froid sont plus simples : le malade, couché dans son lit plus ou moins frissonnant, s'endort d'un sommeil calme pendant une heure ou deux, quitte à nécessiter un nouveau bain, ce qui est la règle. C'est alors qu'on voit les phénomènes nerveux s'amender de plus en plus et la sécrétion urinaire reparaître en même temps qu'une légère moiteur à la peau. Ces signes sont du meilleur augure, mais ne doivent pas endormir la vigilance du médecin, qui doit se tenir prêt à intervenir de nouveau à la première alerte, On arrive ainsi à donner quatre, cinq, six bains au plus par vingt-quatre heures.

Aux adultes, on donnera le bain à 18 degrés au plus bas; chez les enfants on ne descendra pas au-dessous de 22 à 23 degrés. La baignoire sera placée près du lit, de préférence à gauche, bien entendu dans un endroit de la pièce non exposé aux courants d'air. Le malade dans son bain, on l'y *maintiendra* complètement immergé jusqu'au menton; pendant ce temps, on étendra sur le lit une couverture de laine bien sèche.

La durée du bain variera selon l'état du pouls et de la respiration. Au bout de cinq minutes on doit surveiller plus attentivement l'un et l'autre ; rarement on dépassera dix minutes.

Le malade sera alors sorti de son bain, et roulé sur son lit *sans être essuyé*, dans une couverture, où le laissera s'endormir.

On ne se préoccupera pas du frisson, violent parfois, qui suit l'immersion dans l'eau froide ou la sortie du bain. Pendant le bain, on pourra faire quelques affusions froides sur la tête, et on surveillera la température de l'eau, que le malade ne tarde pas à réchauffer.

L'influence du bain froid semble nulle sur l'éruption. M. Dieulafoy a vu celle-ci s'atténuer pendant le bain, et reparaître ensuite avec ses caractères normaux. La broncho-pneumonie ou la violence inusitée des accidents thoraciques n'est pas une contre-indication aux bains froids.

Ainsi que nous venons de le voir plus haut, M. Sevestre a eu, à l'hôpital des Enfants-Assistés, chez des bébés au-dessous de deux ans par conséquent, les meilleurs résultats avec les bains tièdes, ceux-ci pris à 30 degrés. Les enfants oppressés, agités, anuriques, présentant des phénomènes nerveux, en sont très soulagés. Il est certain que chez les enfants de cet âge, on devra tout au moins commencer par les bains tièdes.

CHAPITRE XIV

ÉPIDÉMIOLOGIE

Épidémiologie.

L'épidémiologie de la rougeole demande à être étudiée dans deux circonstances : ou bien la rougeole sévit d'une façon constante d'un bout de l'année à l'autre dans un groupement humain; elle peut alors être considérée comme une maladie *endémique* sujette à des exacerbations accidentelles ou annuelles; ou bien, au contraire, elle envahit des portions de territoire, villes, villages, contrées, arrondissements, îles, etc., dans lesquelles elle ne s'est pas montrée depuis un certain nombre d'années.

Dans le premier cas, on enregistre tous les ans un nombre plus ou moins grand de cas de rougeoles, survenus au hasard de la contagion. Ces cas sont isolés ils se montrent dans les familles; on peut penser, dans ces conditions, que tous les individus

non doués de l'immunité prennent la maladie les uns après les autres quand l'occasion s'en présente pour la contagion de se réaliser. Cependant, il arrive qu'on assiste dans ce milieu à des exacerbations accidentelles, lorsque, par exemple, la maladie est importée dans un groupement d'individus vivant habituellement ensemble et en état de réceptivité particulière. Telles sont alors les épidémies de *casernes*, d'*écoles*, d'*asiles*, de *collèges*, de *pensionnats*, etc.

La rougeole se comporte, dans ces circonstances, toujours de la même façon, qu'explique bien son extrême contagiosité. Lorsqu'un rougeoleux a été reconnu dans de semblables conditions, tous les sujets susceptibles d'être atteints sont contagionnés ensemble, et l'on assiste alors à une explosion véritable de rougeole, frappant à la même époque toute une classe, toute une étude, toute une cour. L'épidémie s'arrête ensuite brusquement. La même observation a pu se faire sur les jeunes soldats incorporés dans des régiments contaminés, et qui fournissent, dans les jours qui suivent leur arrivée au corps, un contingent énorme de malades frappés en masse. Si les cas suspects ont été observés dans une seule chambrée ou dans une seule fraction du régiment isolée du reste, les recrues de cette chambrée ou de cette fraction sont seules atteintes, à moins, ce qui arrive souvent d'ailleurs, que des rapports accidentels ne disséminent davantage la maladie.

Cette première explosion dans une cour, dans

une classe, dans une chambrée, est en effet suivie d'une seconde dans une ou plusieurs autres classes, cours ou chambrées avec lesquelles le contact est plus difficile. On constate rarement une troisième série importante ; fait en rapport avec le peu de persistance du contage morbilleux et le peu de durée du temps pendant lequel la maladie reste contagieuse.

Il s'ensuit que, la plupart du temps, les mesures prophylactiques demandées et prises en pareille circonstance arrivent trop tard, à moins que la fermeture de l'école ne soit effectuée dès la première explosion (Bard) ; sinon elles ont un effet douteux, en évitant naturellement d'admettre pendant quelques jours les élèves nouveaux avec les autres ou les recrues dans les chambrées.

Dans les villes où la rougeole règne endémiquement, le nombre des cas observés n'est pas d'ailleurs le même à toutes les périodes de l'année. La rougeole, peu meurtrière en hiver, se réveille tous les ans au printemps. C'est au mois de mars et au mois d'avril surtout que les cas commencent à devenir plus nombreux, et persistent en mai et en juin. En juillet, la rougeole commence à décliner, et elle atteint son minimum en octobre.

Cette proposition est vraie pour Paris seulement. En dehors, elle souffre de nombreuses exceptions. Voici d'après M. d'Espine[1] des renseignements concernant les autres villes :

1. Article *Rougeole* du *Dictionnaire* de Jaccoud.

Tandis qu'à Vienne le début des épidémies a coïncidé presque toujours avec les premiers mois de l'année, à Munich 39,6 p. 100 des cas se sont montrés en automne, 43,4 p. 100 en hiver, et 17 p. 100 au printemps et en été. D'après Forster, à Dresde, huit épidémies sur quatorze ont débuté en été, de juin à septembre; à Genève, Rilliet indique mars, avril, mai pour le maximum des épidémies. Pendant treize ans, Marc d'Espine a trouvé que le maximum des décès par rougeole tombe d'avril à juin.

A Londres, de 1840 à 1847, c'est en automne qu'on a le plus souvent observé de décès morbilleux.

Il n'y a évidemment aucune loi à tirer au sujet des recrudescences saisonnières de la rougeole : elles doivent dépendre de conditions multiples, en dehors du germe lui-même. En ce qui concerne les recrudescences signalées plus haut touchant Paris, il y a certainement à faire une grande part à la contagion pour expliquer ces recrudescences : les enfants maintenus en hiver chez eux s'exposent moins aux chances de contagion par le contact des autres enfants, tandis qu'avec le printemps et l'été commencent les sorties et la fréquentation des promenades. Mais on peut invoquer aussi, sous l'influence de conditions climatériques que nous ne connaissons pas, une reviviscence particulière dans la virulence du germe. Il se passe pour la rougeole le même phénomène que pour la diphtérie; seulement les circonstances climatériques favorables semblent être inverses.

La régularité de cette évolution multiannuelle de la rougeole est d'ailleurs troublée par l'arrivée dans le milieu contaminé d'individus en état de

réceptivité. C'est ce qu'on observe dans les épidémies de casernes, où l'arrivée des recrues prolonge la durée de l'épidémie et aggrave passagèrement, quelle que soit l'époque, la morbidité.

Lorsque la rougeole sévit sur un pays indemne depuis quelque temps, elle exerce des ravages parfois considérables, comme nous le verrons plus loin. Mais elle se comporte dans son extension selon les mêmes règles et selon les chances de la contagion. Comme dans les écoles, elle frappe dans les maisons, dans les familles, tous ou à peu près tous les sujets susceptibles d'être contagionnés. Mais si des mesures d'isolement efficaces sont prises à temps, si on empêche les voisins en particulier de venir voir le malade, l'épidémie peut rester limitée. C'est ainsi, et par le même procédé, que certaines familles peuvent rester indemnes dans un bourg ou village et que des villages, des îles (épidémie des îles Féroë) peuvent y échapper, alors même qu'ils se trouvent en plein pays contaminé.

La rougeole ne procède donc pas comme la grippe par exemple, frappant en peu de temps une étendue quelquefois très grande de pays et marchant avec une rapidité parfois effrayante ; mais elle progresse par foyers isolés, réunis entre eux par la contagion. C'est du moins ce qui se passe dans l'immense majorité des cas.

La relation de certaines épidémies montre en effet le peu de diffusion du germe épidémique. Dans une

épidémie qui a sévi, en 1889, à Montargis, sur le 82e régiment d'infanterie, M. le docteur Delamarre n'a observé des cas de rougeole que dans un seul quartier; un autre, distant de quelques mètres du premier, n'a pas présenté un seul cas (Rapport de M. Bouchard : Académie de médecine).

Par contre, certains observateurs ont signalé des exemples inverses. M. Coronot (de Gap) a pu constater que dans certaines épidémies la rougeole franchissait de longues distances (Rapport de M. Féréol, 1883 : Académie de médecine). Ce fait d'une diffusion anormale de la rougeole est une exception.

Les épidémies sont d'autant plus graves qu'un temps plus long s'est écoulé depuis la précédente épidémie. Dans ces circonstances, les cas sont nombreux, ce qui s'explique facilement par ce fait que le nombre des immunisés par une première atteinte est plus faible.

L'épidémie des îles Feroë en 1846 en est un exemple. La rougeole n'y avait pas paru depuis plus de soixante ans; et il y eut 6000 personnes frappées sur 7782 habitants. Il en fut de même de l'épidémie des îles Fidji en 1875 où la mortalité fut énorme.

En France, la rougeole atteint en moyenne un habitant sur 30 dans les localités frappées, et la mortalité est dans ces cas, prise en bloc, de 7 à 8 p. 100 des malades. Mais, dans certaines circonstances, la rougeole s'est montrée beaucoup plus sévère (Colin).

Telles furent, en 1855, les épidémies de la Nièvre et du Pas-de-Calais où la mortalité fut de 20 à 25 p. 100.

Nous devons encore citer, d'après M. Colin, les épidémies suivantes :

Ruelle en 1861. . .	139 décès	sur 582 malades,		27,7 p.	100	[1]
Arras en 1864. . .	13 —	sur 45	—	28,88	—	[2]
Val-de-Grâce, 1860.	40 —	sur 125	—	32	—	[3]
Bicêtre, 1870. . . .	168 —	sur 457	—	36,7	—	[4]

La gravité des épidémies dépend encore des circonstances dans lesquelles elles se développent, des associations pathologiques qui coexistent avec elles, et de l'état de santé des sujets qu'elles frappent.

La dernière de ces conditions est liée, au point de vue qui nous occupe, aux deux premières. Elle dépend en effet des circonstances particulières qui peuvent agir dans le même temps sur un groupement d'individus, en mettant de grandes masses d'hommes dans des conditions défavorables de santé et par conséquent de résistance. Telle on peut observer la rougeole frappant une ville assiégée, un pays ravagé par la guerre civile ou étrangère, par la disette; des armées surmenées par une dure campagne ou éprouvée par des revers.

Les associations pathologiques — épidémies de grippe, par exemple — agissent de deux façons pour aggraver la marche des épidémies de rougeole. Elles créent par leur atteinte antérieure à celle-ci des conditions de moindre résistance individuelle,

1. Jolly. *Ac. de médec.*, t. XXVII.
2. Kergaradec. *Ac. de médec.*, t. XXVII.
3. Laveran. *Gaz. hebdom.*, t. VIII.
4. Colin. *Union médic.*, 1873.

mais surtout, par leurs localisations broncho-pulmonaires habituelles, par l'exaltation passagère qu'elles donnent aux microbes pathogènes de celles-ci, elles rendent plus fréquentes et plus redoutables les complications de la rougeole et aggravent le chiffre général de la mortalité.

Au nombre de ces associations les plus à craindre il faut mettre la grippe comme nous le disions tout à l'heure; la coqueluche, la pneumonie, la diphtérie, etc.

Dans d'autres cas, l'épidémie emprunte une physionomie spéciale à un symptôme dominant, et qui n'y est pas habituellement rencontré : telles sont les diarrhées cholériformes qui ont sévi à Saint-Loup en 1853 et celles qui ont été signalées en 1860 par M. Laveran. S'agit-il dans ces cas d'accidents attribuables à la rougeole et dus à une virulence anormale du germe, ou bien se trouve-t-on en présence d'associations pathologiques? La question n'est pas encore jugée, bien que cette deuxième hypothèse soit plus vraisemblable, et que dans ces cas la diarrhée algide domine toute la symptomatologie. Telles sont également les complications broncho-pulmonaires qui peuvent donner lieu aux mêmes observations.

En dehors de ces circonstances qui rendent plus grave une épidémie, par les conditions qui lui sont peut-être extérieures, le germe morbilleux lui-même peut avoir une virulence variable. Certaines épidémies se composent de préférence de cas graves, tandis que dans d'autres ceux-ci

sont exceptionnels, en dehors de toute complication étrangère, et de toute influence de terrain inhérente au malade frappé.

On voit donc, par ce qui précède, que la morbidité et la mortalité varient beaucoup d'une épidémie à l'autre et que si une part de ces variations revient à la rougeole elle-même (germe), il y a lieu de tenir grand compte des conditions au milieu desquelles elle se développe — climat, température, etc. — et des associations pathologiques, acquises ou naturelles, qui l'accompagnent.

La morbidité et la mortalité[1] varient beaucoup en France selon les épidémies, sans qu'on puisse souvent soupçonner la cause de ces différences. La rougeole est très répandue tous les ans en France et donne une morbidité considérable. Le rapport de M. Siredey en 1884[2] constate que, cette année, 54 départements ont été envahis, donnant 10000 cas de rougeole et de 1 200 à 1500 morts (chiffres approximatifs). Le rapport de M. Dujardin-Beaumetz (*ibid.*, 1885) donne la statistique suivante due à M. J. Bertillon, et applicable à la France :

MORTALITÉ PAR ROUGEOLE POUR 100 000 HABITANTS

1865.	19	1872.	31
1866.	45	1873.	30
1867.	34	1874.	33
1868.	34	1875.	34
1869.	27	1876.	44
1870.	42	1877.	53
1871.	32	1878.	32

1. Voyez plus haut les statistiques au chapitre du *Pronostic*.
2. Rapport de l'Académie de médecine au ministre de l'agriculture et du commerce.

MORTALITÉ PAR ROUGEOLE POUR 100 000 HABITANTS (*Suite*).

1879.	43	1883.	49
1880.	44	1884.	67
1881.	40	1885.	68
1882.	45		

Ces chiffres montrent que la rougeole n'est pas seulement en progression à Paris (A. Ollivier).

En 1865, décès à Paris par rougeole. . . .			343
En 1869,	—	—	540
En 1873,	—	—	561
En 1879,	—	—	917
En 1883,	—	—	1 058

En tenant compte de la progression des habitants, on trouve, pour 100 000 habitants :

En 1865.	18,8
En 1873.	47

En 1883, il y a eu à Paris, sur un total de 57 024 décès, 1 058 dus à la rougeole, soit 18,55 p. 1000 ou environ 2 p. 100 (Ollivier, p. 44).

En 1884, elle vient immédiatement après la diphtérie :

La mortalité varie d'ailleurs selon les villes contaminées. C'est ainsi qu'on trouve les chiffres suivants :

Pour 100 000 habitants, mortalité :

Nancy, 98.
Rennes, 86.
Limoges, 70.
Lille, 67.

A l'étranger, voici quelques chiffres rapportés au même nombre d'habitants :

Londres, 70.

Belfast, 270.
Cardiff, 116.
Liverpool, 124.

Dans l'épidémie de Chateaubriant en 1885, M. le docteur Chartier (de Nantes) sur 1 200 enfants frappés a eu 56 décès. A Vic-Fézensac (Gers), M. le docteur Pujos sur 180 malades a eu 39 décès. Dans le premier cas, 4,66 p. 100, dans le second 21,6 p. 100. L'épidémie de Saint-Gilles (Gard) (Rapport de M. L. Colin) a donné 14 décès sur 32 cas. Et le rapporteur concluait à cette époque qu'en France la mortalité pour 100 dans la rougeole était de 2 à 3 décès. Le rapport de M. Bucquoy (*ibid.*) en 1882 donnait 2 p. 100.

A Chalon-sur-Saône, (1889), sur 88 enfants de 7 mois à 11 ans, M. le docteur Trossat a eu 19 décès. A Oyonnax la même année, M. Fiessinger, sur 1 026 enfants fréquentant les écoles, a eu 503 frappés par la maladie. (Rapport de M. Bouchard, Académie de médecine.)

On voit combien ces chiffres diffèrent et combien les chiffres moyens fournis par la statistique brute sont de peu de secours pour préjuger de l'importance d'une épidémie.

Considérées dans leur marche, les épidémies de rougeole ne présentent pas non plus, comme celles de choléra par exemple, un début caractérisé par des cas isolés ou peu graves, une période d'augment où les cas graves sont nombreux, une période de déclin où les cas deviennent moins nombreux et moins sévères. On observe au contraire que, ainsi que nous l'avons vu, l'épidémie peut débuter par une explosion dont une école est le plus habituellement le siège, et qu'après, l'épi-

démie s'arrête. Mais, plus souvent, il persiste une queue, composée des cas qui se déclarent au hasard de la contagion. Les cas graves sont aussi fréquents au début qu'à la fin ; il n'y a aucune règle générale à formuler à cet égard.

La terminaison des épidémies de rougeole peut donc être brusque. Plus souvent celles-ci persistent plus ou moins longtemps là où elles sévissent, si la première explosion n'a pas atteint tous les sujets susceptibles d'être contaminés. Mais une fois l'épidémie disparue, on ne la voit reparaître qu'à la suite d'une nouvelle importation. C'est un fait qu'on a pu nettement vérifier à propos de l'épidémie des îles Feroë, et qui a une importance considérable au point de vue épidémiologique et sanitaire.

Distribution géographique de la rougeole. — Voici, d'après Lombard, quelle serait la distribution géographique de la rougeole. A l'heure actuelle elle semble se rencontrer à peu près sur toute la surface du sol, mais elle est moins répandue et moins grave que la variole. Elle paraît inconnue ou très rares dans les régions boréales de la baie d'Hudson, du Groenland, du Labrador et de l'Islande.

Les îles Feroë ont présenté ce curieux phénomène de n'avoir été visitées que par deux épidémies en soixante-cinq ans, de 1781 à 1846. Les épidémies sont plus fréquentes en Norvège où l'on a gardé le souvenir des épidémies de 1861 et 1867. Elles sont plus graves en Finlande, à Saint-Pétersbourg et dans les provinces Baltiques. La rougeole paraît

être plus bénigne dans les régions méridionales de l'Europe comme l'Italie, l'Espagne, le Portugal et la Grèce. Elle le serait moins en Autriche, en Roumanie, dans la Turquie d'Europe.

Les épidémies sont rares et bénignes aux États-Unis, au Mexique, dans l'Amérique Centrale, les Guyanes et les Antilles, tandis qu'elles seraient plus graves au Brésil, dans les régions des plateaux, et assez modérées dans le Pérou, le Chili, la Bolivie.

L'Asie est peu visitée par la rougeole dans ses régions occidentales. Celle-ci est inconnue en Arabie, elle est très rare dans l'Asie Centrale, aux Indes Orientales, à Ceylan, en Birmanie, dans le royaume de Siam, en Chine, en Cochinchine. Elle est très bénigne au Japon, dans les archipels de la mer des Indes, dans celui de la Sonde. Ici, elle n'empêche pas ceux qui en sont atteints de vaquer à leurs occupations habituelles. Elle est très rare en Polynésie, tandis qu'en Australie elle présente plus de gravité que la variole. Elle ne s'est montrée qu'en 1854 dans la Nouvelle-Zélande.

En résumé, la rougeole est à peu près inconnue dans la plupart des régions tropicales, où elle est beaucoup moins grave en raison de l'absence des complications broncho-pulmonaires et de la tuberculose, si fréquentes à sa suite dans les pays tempérés. Par contre, elle règne avec autant d'intensité dans les régions fraîches que dans ceux-ci où elle apparaît en général avec exubérance à chaque printemps.

OUVRAGES CONSULTÉS

Sanné. — Art. ROUGEOLE du *Dictionnaire encyclopédique*.
D'Espine. — Art. ROUGEOLE du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*.
(Voyez la bibliographie de ces articles de dictionnaire pour les années antérieures à leur publication.)
Henoch. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants.
Blache et Guersant. — Extraits de pathologie infantile, 1883. Préface d'ARCHAMBAULT.
Descroizilles. — Traité élémentaire de pathologie et de clinique infantiles, 2e édition, 1890.
Cadet de Gassicourt. — Traité clinique des maladies de l'enfance. T. II, 1882.
D'Espine et Picot. — Manuel pratique des maladies de l'enfance, 4e édit., 1889.
Rilliet et Barthez. — Traité des maladies des enfants.
Barthez et Sanné. — Traité clinique et pratique des maladies des enfants.
Sevestre. — Études de clinique infantile, Paris, 1889.
H.-C. Lombard. — Traité de climatologie médicale, 1880. T. IV, p. 372.
Ollivier. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants.
Ollivier. — Études d'hygiène publique.
Rapports sur les épidémies. — *Académie de médecine*.

Rapport de M. L. Colin pour 1881.
Rapport de M. Bucquoy pour 1882.
Rapport de M. Féréol pour 1883.
Rapport de M. Siredey pour 1884.
Rapport de M. Dujardin-Beaumetz pour 1885.
Rapport de M. Hayem pour 1886.
Rapport de M. Ollivier pour 1887-1888.
Rapport de M. Bouchard pour 1889.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET BACTÉRIOLOGIQUE

Coze et Feltz. — Rech. cliniq. et expérim. sur la présence des infusoires et de l'état du sang dans les mal. infect. Strasbourg, 1871.

Catrin. — Lésions de la peau. — *Archives de médecine expérimentale*, 1891.

Pielicke et Canon. — Bacille. — *Berlin. Klin. Wochensch.*, 1892.

Griffiths . — Ptomaïne. — *An. in Med. mod.*, 1892, p. 143.

Neumann. — *Mediz. Jahrb.*, 1882, p. 159.

Babesin. — *Archiv f. Kinderh.*, III.

SYMPTOMES

Biedent. — Rougeole des adultes. — *Monats. f. prakt. Dermatol.*, t. VI, nº 1.

Seifert. — Congrès de Wiesbaden, 1888.

Casaretti. — Rougeole des adultes. — *Riforma med.*, 1888,

Bohn. — Rougeole des adultes. — *Deuts. m. Wochensch.* 1889, nº 18, p. 352.

Fiessinger. — Infl. de la dentition. — *Gaz. méd. de Paris*, 1889, p. 493.

Tschimmer. — *Iahrb. f. Kinderh.*, XXIX, 3 et 4.

Loeb. — Propeptonurie. — *Centralb. f. med. Wissench.*, 1890.

Talamon. — Rash. — *Médec. mod.*, 1890, p. 783.

Chaffard. — Engorg. ganglion., th. de doct., Paris, 1890.

Surmont. — Rash. — Soc. de méd. du Nord, 1891.

Louis. — *Arch. de méd. et de pharmacie mititaires*, 1890.
Henriquez y Carvajal. — Engorg. gangl., th. de doct., Paris, 1891.
Krauss. — Rougeole récurrente. — *Allgem. wien. med. Zeitung*, 1889.
Morel-Lavallée. — Coexist. d'urticaire pigment. — *Ann. de dermat.*, 1889.
Gluck. — Chez les nouveau-nés. — *Monats. f. prakt. Dermatot.*, 1890.
Thomas. — *Rev. médic. de la Suisse Romande*, 1891.
Raulin. — Rougeole anormale. — *J. de méd. de Paris*, 1892.

DIAGNOSTIC

Bez. — Contemporanéité des fièvres éruptives, th. de doct. Paris, 1877.
Deschamps. — Contribution à l'étude des éruptions médicamenteuses, th. de doct. Paris, 1878.
Keromnès. — Éruptions typhiques, th. de doct. Paris, 1881.
Reynaud. — Érythèmes polymorphes dans la fièvre typhoïde, thèse de doct. Paris, 1881.
Estèvé. — Évolution simultanée de la fièvre typhoïde et de la rougeole, th. de doct. Paris, 1881.
Lecorché et Talamon. — *Études médicales*, 1881.
G. Ballet. — *Arch. génér. de médec.*, septembre 1882.
Haig Brown. — *Rev. mens. des mal. de l'enfance*, 1887.
Morel Lavallée. — Revue gén. sur les roséoles. — *Gaz. des hôpit.*, 1887.
Hontang. — Suette miliaire à forme rubéolique, th. de doct., Paris, 1888.
Bourdel. — *Rev. gén. de cliniq. et de thérapeutiq.*, 1889.
Sevestre. — *Semaine médicale*, 1889.
Loeb. — *Jahrb. f. Kinderheitk.* XXX, 3. — Rubéole.
Talamon. — Rubéole, *Méd. mod.*, 1890, p. 447.
Hutinel et M. de Gimard. — Éryth. rubéoliq. dans la f. typhoïde. — *Méd. mod.*, 1890, p. 89 et suiv.
Lavy. — Exanthème morbilliforme dans la fièvre typhoïde, th. de doct. Paris, 1890.

Leflaive. — Revue gén. sur la rubéole. — *Gaz. des hôpitaux*, 1891.
Hutinel. — Sur quelques érythèmes infectieux. — *Arch. gén. de méd.*, 1892.

ROUGEOLE SECONDAIRE

Bez. — De la contemporanéité des fièvres éruptives, thèse de doct., Paris 1877. (Cette thèse renferme une bibliographie très touffue des publications antérieures. Nous y renvoyons pour plus de détails.)

1. *Scarlatine.*

Blache. — *Gaz. des hôpitaux*, 1870.
Dentan. — Soc. vaudoise de médecine, 1888.
Saint-Philippe. — *Rev. des malad. de l'enfance*, 1888.
Flesch. — *Berlin. Klinisch. Wochensch.* Bd 1891, n° 46, p. 1058.

2. *Grossesse.*

J. Simon. — Th. d'agrégat., 1866.
Gautier (de Genève). — *Archives de gynécologie*, 1879.
Claverie. — Thèse de doct., Bordeaux, 1885.
Lamer. — *Centralblatt. f. Gynecolog.* Leipzig, 1889.
Ruter. — *Centralbl. f. Gynecolog.* 1889.
Charpentier. — Traité des accouchements.
Martin Durr. — *Médec. mod.*, 1889.

3. *Diphtérie.*

Renaut. — De la diphtérie consécutive à la rougeole, th. de doct. Paris, 1886.

4. *Rubéole.*

Wolberg. — *Berlin. Klin. Wochenschr.*
Talamon. — *Médec. mod.*, 1891.

5. *Fièvre typhoïde.*

S. Ringer. — *The Lancet*, juin 1889.

6. *Varicelle.*

Parker Douglas. — *Brit. med. Journ.*, 4 avril 1891.

INCUBATION

Sevestre. — *Rev. des malad. de l'enfance*, 1887.
— **Roug. inoculée**. *Monatsch. f. prakt. Dermatol.*, 1887.
Trekaky. — *Paris médic.*, 1889.
H. Leroux. — *France médic.*, 1889.
Stoquart. — *Arch. de méd. et de chir. pratiq.*, Bruxelles, 1889.
H. Gillet. — *Rev. gén. de cliniq. et de thérap.*, 1890.
Muselier. — *Gaz. médic. de Paris*, 1890.
Talamon. — *Médec. mod.*, 1890.
Flood. — *Brit. med. Journal*, 1890.

RÉCIDIVES

Hebra-Mayr. — *Virchow's Handbuch d. spec. Path. u. Therap.* Bd III.
Ziemssen und Krabler. — Klinis. Beobacht. u. d. Masern und. i. Complicat. mit besund. Berucksichtigung der Temper. Danzig, 1863.
Thomas. — Beitraege d. Kenntniss d. Masern. *Arch. d. Heilk.*, VIII, p. 395.
Panum — *Virchow's Arch.* B. I, p. 492.
Veit. — Uber hœmorrh. Masern : *Virch. Arch.* Bd XIV, p. 64.
Gauster. — *Virchow-Hirsch*, 1869, t. II, p. 245.
Kassowitz. — *Œsterr. Iahrb. f. Pädiat.* Bd I, p. 80.
J. Schwartz. — Uber die Morbillenepid. im. Iahrb, 1875-76. *Virchow-Hirsch.* 1876, II, p. 50.
A. Dumas. — Des récidives de la rougeole.
Prunac. — Epidémie de rougeole, 1875.
Mor. — *Allg. Wien. medic. Zeitung*, 1876, nº 37.
Godfrey. — *Virchow-Hirsch*, 1877, II, p. 63.
Halton. — *Virchow-Hirsch*, 1878, II, p. 43.
Furbringer. — *Virchow-Hirsch*, 1880, II, p. 37.
Stewart. — *Glasg. Med. Journ.* Sept. 1883.
J. Aikman. — *Glasg. Med. Journ.* Mars 1885.
O. Embden. — *Archiv f. Kinderheilk.*, XI, nº 3.
Bohn. — Gerhardt's Handbuch der Kinderkr. 1877.

Kamm. — Breslauer œrtzlich. int. Blætte, 1887.
Dauchez. — *Journal de méd. de Paris*, 1887.
Saint-Philippe. — *Journal de méd. de Bordeaux*, 1888.
J. Finlayson. — *Virchow. Hirsch.* 1882, Bd II, p. 42.
Luzet. — *Revue des maladies de l'enfance*, 1889.
Kraus. — *Allgem. wien. medic. Zeitung*, 1889.
Senator. — *Charité Annalen*, 1890. XIV.
P. Simon. — *Revue méd. de l'Est*, 1892.
Hutinel. — Note sur quelques érythèmes infectieux. *Arch gén. de médecine*, 1892.
W. Streng. — *Deut. medic. Wochench.*, 1892, nº 48.

ÉPIDÉMIES, CONTAGION

Panum. — Des modes de transmission de la R. — *Arch. f. physiol. Heilk.* T. 11. *Arch. gén. de méd.*, 1851, T. 1. p, 451.
Gautier.—Contagion instantanée. — *Arch. de gynécologie*, 1879.
Béclère. — Thèse de doct. 1882.
Craskery. — *The Lancet*, 1882, p. 887.
Épidémie à Montpellier. — *Gaz. hebd. des sc. médic. de Montpellier*, 1883.
Ollivier. — *Arch. gén. de méd.*, 1884.
Geschwind. — *Arch. de méd. et de pharmacie militaires*, 1886.
Sevestre. — *Revue des mal. de l'enfance*, 1886.
Letulle. — Soc. de méd. publique et d'hygiène profes., 1886.
Bonnet. — Épidémie dans la Drôme. — *Gaz. des sc. m. de Montpellier*, 1887.
Bonnamy. — Épidémie au 65e de ligne. — *Journ. de méd. de l'Ouest.* Nantes, 1887.
Kessler. — Transmission indirecte. — *Berlin. klin. Woeh.*, 1886. p. 722.
Wasserfuhr. — Id. — *Berl. Klin. Woch.* 1886, p. 309.
Michael. — Inoculation. — *Berlin. klin. Woch.*, p. 808, 1887.
Ollivier.— Diffusion et prophylaxie.— *Union méd.*, janvier, 1887.
Ollivier. — Rougeole dans les asiles et dans les crèches. — *Ar. de méd.*, 1888.
Montefusco. — *Revue des malad. de l'enfance*, 1888.
— *Normandie médicale.* — Épidémie, 1888.

Treon. — *Cinéon. Lancel-Clinic.* Roug. grave chez les Sioux, 1888.

Darolles. — Contagion après l'eruption. — *Rev. de clin. et de thérap.*, 1889.

Ebden. — Épidémie à Heidelberg. — *Arch. f. Kinderheil.*, 1889.

Roland. — *Poitou médical*, 1er juillet. Considérations sur l'épidémie de rougeole, 1887-88.

Giron. — Contagion et transmission. — *Rev. de clinique et de thérap.* et *Abeille médicale*, 1889.

Courrent. — Épidém. — *Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier*, nº 1, p. 2, 1889.

Ollivier. — Acad. de médecine, 1889.

Sevestre. — Soc. méd. des hôpitaux, 1889.

Comby. — Soc. méd. des hôpitaux. Rapport.
— *Revue des mal. de l'Enfance. Rev. génér.*, 1889.

Grancher. — *Bulletin de la Soc. méd. des hôpitaux*, 1889.

Boucher. — Soc. des sc. médic. de Rouen, 1889.

Lomer. — *Centratblatt f. Gynecologie.* — Chez les accouchées, 1889.

Sevestre. — Soc. méd. des hôpitaux, 1890.

Castan. — *Montpellier médical*, 1890.

Henoch. — Soc. de médec. int. de Berlin, 1890.

Louis. — *Arch. de méd. et de pharmacie milit.*, 1890.

A.-J. Martin. — *Gaz. hebd. de méd. et de chirurg.*, nº 23, 1890.

Grancher. — Acad. de méd., 3 juin 1890.

Grancher. — Congrès international de Berlin, 1890.

Grancher. — Soc. de méd. publiq. et d'hyg. profess. Mai, juin et juillet 1890.

Sevestre. — Soc. de méd. publiq. et d'hyg. profess. Mai, juin et juillet 1890.

Grancher. — *Bulletin médical*, p. 543, 1890.

Blanquinque. — Union médic. du N.-E., 1890.

Letulle. — Soc. de méd. publiq. et d'hygiène profess. 1890.

Sevestre. — *Rev. des malad. de l'enfance*, 1890.

Corivaud. — *Journ. de médec. de Bordeaux*, 1890.

Bard. — *Revue d'hygiène*, p. 135, 1891.

Martin Durr. — *Méd. moderne*, p. 863, 1891.

Sevestre. — *Progrès médical*, p. 1 et 32, 1891.

Henoch. — *Berlin. klin. Wochensch.*, p. 19, 1891.
Mercier. — *Gaz. hebdom. de médec. et de chirurgie*, p. 513 Sur la contagion de la Rougeole, 1891.
Lions. — Étude épidémiologique. Thèse de Lyon, 1891.
Munro. — Soc. épidémiol. de Londres. — *Méd. mod.*, p. 324, 1891.
— Conseil d'hygiène et de salubrité, 1891.
Sudour. — *Arch. de médec. et de pharmacie militaires*, 1892.

TRAITEMENT

Cohn. — Die Warmwasserbehandl. B. Morbill. *Archiv f. Kinderh.*, 1886, T. VII.
Dieulafoy. — Soc. méd. des hôpitaux, 1890, 20 juin et 9 mai.
Sevestre. — Soc. méd. des hôpitaux, 1890, 20 juin et 9 mai.
Juhel Renoy. — Soc. méd. des hôpitaux, 1890, 20 juin et 9 mai.
Duponchel. — Soc. méd. des hôpitaux, 1890, 20 juin et 9 mai.
Cadet de Gassicourt. — Soc. méd. des hôpitaux, 1890, 20 juin et 9 mai.
Guérin. — Th. de doctorat, Paris, 1892.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE IV

CHAPITRE V

CHAPITRE VI

CHAPITRE VII

CHAPITRE VIII

CHAPITRE IX

CHAPITRE X

CHAPITRE XI

Pages.

CHAPITRE XII

CHAPITRE XIII

CHAPITRE XIV



Paris. — Typ. Chamerot et Renouard, 19, rue des Sts-Pères. — 29755.

Bulletin

DES

Annonces.



